Rok XXX. Kraków, 31 Stycznia 1891. Nr. 5.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Wyniki dotychczasowych doświadczeń nad działaniem szczepianki Kocha na płuca chorych dotkniętych gruźlicą płuc.

Podał
Prof. Dr. Korczyński.

Zestawiwszy w Nrze 2 „Przegl. Lek.“ z r. b. wyniki wspólnie z Prof. Adamkiewiczem podjętych doświadczeń nad szczepianką Kocha ze względu na działanie tego środka na śledzionę, wątrobę i ciężar ciała ludzi zdrowych, a w Nrze 3 „Przegl. Lek.“ wyniki spostrzeżeń moich co do działania szczepianki Kocha na płuca osób zupełnie zdrowych lub dotkniętych zwykłym niegruźliczym nieżytem oskrzelowym, przedstawiam obecnie dotychczasowy wynik moich spostrzeżeń co do wpływu tego środka na płuca gruźlicze.

Spostrzeżenia te obejmują okres czasu począwszy od 20 listopada 1890 roku. Podaję je dla krótkości w postaci wniosków, bez przytaczania odnośnych historyj chorób i z tem wyraźnem zastrzeżeniem, że mam na myśli jedynie tylko gruźlicę płuc.

W przeważnéj części takich przypadków, gdzie badanie fizyczne wykazywało zmiany odpowiadające gruźlicy płuc, a w plwocinach znajdowały się prątki gruźlicze, zauważałem po wstrzykiwaniach szczepianki Kocha zmiany reakcyjne w płucach. Zmiany te powstają stałéj u chorych z gruźlicą płuc, aniżeli u osób z płucami zupełnie zdowemi lub u chorych z niegruźliczym nieżytem oskrzelowym.

1) Zmiany wypukowe, stósownie do mniejszéj lub większéj dawki limfy i stósownie do osobniczéj dyspozycyi, która na razie nie da się określić, przedstawiają się w rozmaitych postaciach, które dadzą się ugrupować w następujące główne typy:

a) w miejscach poprzednio stłumionych po jawić się może większe nasilenie stłumienia;

b) w częściach płuc położonych poniżéj pierwotnego stłumienia powstaje często odgłos bębenkowy, lub przytłumiono-bębenkowy, albo też stłumiony, a to ostatnie częściéj wtedy, jeżeli się we wcześniejszych naciekowych okresach gruźlicy stosuje dawki większe (0·005 do 0·020) lub w późniejszych rozpadowych okresach gruźlicy płuc, dawki małe (0·001 do 0·005),

c) w częściach przybrzeżnych płuc, osobliwie na przednim lub dolnym brzegu płuc od przodu pojawić się może odgłos bębenkowy jawny i wysoki;

d) powstać może rozdęcie płuc (*Lungenblaehung*), objawiające się obniżeniem się granic dolnych odgłosu jawnego płuc i powstawaniem na brzegach dolnych i wewnętrznych płuc odgłosu bębenkowego. Rozdęcie to, wkrótce ustępujące, na które nikt dotąd nie zwrócił uwagi, zauważyłem niekiedy nawet w takich przypadkach, w których reakcyja w płucach nie dochodziła do stłumienia reakcyjnego, ale ograniczała się tylko do odgłosu bębenkowego lub przytłumiono-bębenkowego;

e) w częściach odległych od tych ognisk gruźliczych w płucach, które dadzą się wykazać wypukiem i przysłuchem, a niekiedy po stronie płuca, które według dotychczasowych metod badania fizycznego uważać należy jako zdrowe, pojawić się może reakcyjna zmiana w odgłosie wypukowym w postaci odgłosu bębenkowego, którego poprzednio nie było, albo też nowego przytłumienia, lub zupełnego stłumienia. Zmiany te najczęściéj powstają w częściach dolnych płuc i to we wcześniejszych, nierozpadowych okresach gruźlicy płuc po dawkach większych (0·005—0·020), zaś w późniejszych okresach rozpadowych i hektycznych nawet po dawkach mniejszych (0·0005—0·005).

Pierwotne zmiany reakcyjne wypukowe, — jeżeli się wogóle zjawiają, polegają więc na zwiotczeniu miąższu płucnego, na chwilowem rozdymaniu się płuc osobliwie na brze-

gach i na mniejszem lub większem zagęszczeniu się części płuc nawet w znacznéj odległości od pierwotnych ognisk gruźliczych, wreszcie na więcéj nasilonem przytłumieniu w miejscach poprzednio stłumionych. Trwają one bardzo krótko i rychło mijają, albo też utrzymują się dni kilka (3—7 a nawet i dłużéj) mimo zaprzestania dalszych injekcyj. Występują one albo zaraz przy pierwszych, albo dopiero przy następnych injekcyjach. Nazywam je reakcyjnemi zmianami wypukowemi i a o tyle tylko przypisuję im do pewnego stopnia znaczenie dyjagnostyczne, o ile według moich dotychczasowych spostrzeżeń przydarzają się częściéj przy dawkach małych u osób gruźliczych, aniżeli przy dawkach większych u osobników niegruźliczych.

Wyjątkowo tylko u chorych z niewątpliwą gruźlicą płuc nie nastają żadne zmiany reakcyjne wypukowe w płucach.

2) Tym zmianom wypukowym w przeważnéj liczbie przypadków gruźlicy płuc towarzyszą pewne zmiany przysłuchowe. Przedstawiają się one rozmaicie, stósownie do wysokości dawki limfy, stopnia gruźlicy i szybkości przebiegu choroby, daléj stósownie do tego, czy i w jakiéj ilości istniały poprzednio rzężenia w płucach i jakiego rodzaju pojawiły się reakcyjne zmiany wypukowe:

a) w przypadkach, gdzie zmiana reakcyjna w odgłosie wypukowym ogranicza się tylko do odgłosu bębenkowego, tam szmer wdechowy zazwyczaj (w 6—10 godzin po injekcyi) się osłabia, a szmer wydechowy zazwyczaj również staje się słabszy. Osłabienie to albo jest trwałem, albo też przemijającem, to jest znika po kilkunastu głębokich wdechach, albo po kaszlu. Zazwyczaj dopiero nazajutrz lub dnia trzeciego po injekcyi szmery oddechowe stają się prawidłowe lub się nawet zaostrzają. Takie zachowanie się szmerów oddechowych zdaje się być prawie regułą w częściach przybrzeżnych płuc, jeżeli nad niemi pojawia się reakcyjny odgłos bębenkowy. Zaostrzanie się szmerów oddechowych już od samego początku pojawiania się reakcyjnych zmian wypukowych zdarza się mniéj często;

b) wśród tych warunków pojawiają się niekiedy trzeszczenia wdechowe i furczenia osobliwie w częściach przybrzeżnych;

c) jeżeli gdziekolwiek powstaje przytłumienie reakcyjne odgłosu wypukowego, tam zazwyczaj szmery zaostrzają się, niekiedy zjawia się krepitacyja lub nierównobańkowate rzężenia, lub zwiększa się liczba rzężeń, jeżeli one w tem miejscu poprzednio istniały, a nawet powstają one i w miejscach sąsiednich;

d) niekiedy reakcyjnemu przytłumieniu odgłosu bębenkowego nie towarzyszą żadne wyraźne zmiany przysłuchowe;

e) jeżeli reakcyja w płucach posuwa się do stłumienia odgłosu wypukowego na miejscu, gdzie poprzednio był odgłos jawny, w takim razie w tych miejscach powstać może wydech oskrzelowy, albo też wdech i wydech oskrzelowy z drobnemi rzężeniami lub bez takowych, albo tylko z furczeniami;

f) nad miejscami, które przed injekcyjami dawały objawy zagęszczeń gruźliczych lub kawern, po pierwszych injekcyjach ilość rzężeń częściéj się zwiększa, rzadziéj maleje, a dawniejsze szmery oddechowe ulegają rozmaitym zmianom; a więc stają się albo głośniejsze, albo mniéj wyraźne;

g) nawet w takich miejscach, gdzie nie nastaje żadna zmiana wypukowa, jako objaw reakcyjny pojawić się mogą furczenia lub drobne równo- lub nierównobańkowe rzężenia.

Przysłuchowe zmiany reakcyjne przydarzają się z mniejszą stałością, aniżeli reakcyjne zmiany wypukowe. Znikają one niekiedy wcześniéj od zmian wypukowych, niekiedy zaś trwają dłużéj.

Jeżeli uważa się tylko na reakcyję gorączkową i wstrzykuje się szczepiankę według pierwotnego polecenia Kocha w ten sposób, że się potęguje dawki, skoro tylko chory na dawkę mniejszą przestaje oddziaływać stanem gorączkowym, w takim razie reakcyjne objawy mogą być zupełnie podobne do tych objawów, jakie zauważa się w zapaleniu płuc, a więc zmniejszenie się lub zniknięcie rzężeń przy pojawieniu się oddechu oskrzelowego, późniéj zniknięcie oddechu oskrzelowego, a pojawienie się nierównobańkowych rzężeń. Szczegóły te bardzo dokładnie opisał Gluziński w „Przegl. Lek.“, Nr. 51 z dnia 19/12 1890 i w „Wiener klin. Wochenschrift“, Nr. 52 z r. 1890. Zwróciłem na nie uwagę już na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 3/12 1890, a opisał je asystent kliniczny Dr. Surzycki w Nrze 52 „Przeglądu Lek.“ na podstawie dwóch dokładnie obserwowanych przypadków.

3) Powyż przedstawionym zmianom wypukowym i przysłuchowym w płucach towarzyszą niekiedy objawy podrażnienia opłucny i osierdzia. Wypocinowego zapalenia osierdzia dotąd nie widziałem, jedynie tylko tarcie osierdziowe, które trwać może dni kilka lub kilkanaście i odpowiada suchemu zapaleniu osierdzia. Podrażnienie opłucny stwierdzić można częściéj, nawet po dawkach małych; objawia się ono tarciem opłucnowem. Po dawkach większych 0·010 do 0·020 pojawić się może nawet zapalenie wypocinowe opłucny, które utrzymywać się może tydzień, a nawet i dłużéj.

4) Jeżeli już poprzednio istnieje wypocina opłucnowa, to takowa albo się wzmaga, albo pozostaje nie zmieniona, albo też z surowiczéj zamienia się na ropną, albo też może się nawet zmniejszyć. Wyraźnego wpływu na odmę piersiową dotąd nie zauważyłem. Zdaje się, że się powiększa pod wpływem injekcyj.

5) Wszystkie te zmiany nie stoją w bezwzględnie ścisłym stosunku do odczynu gorączkowego. Niekiedy odczyn gorączkowy jest bardzo znaczny, a pociąga za sobą tylko bardzo nieznaczne zmiany reakcyjne w narządzie oddechowym, w innych przypadkach chory nie reaguje wcale gorączką, a mimo to stwierdzić się dają zmiany reakcyjne w płucach tak, jak to już poprzednio zauważył Pribram („Prag. med. Woch.“, Nr. 51, 1890). Nie można jednak zaprzeczyć, że największe zmiany reakcyjne w płucach zdarzają się najczęściéj u tych chorych, którzy reagują wybitnym stanem gorączkowym.

6) Zmiany reakcyjne w płucach są zazwyczaj najwybitniejsze w 20—28 godzin po injekcyi; niekiedy wzmagają się one w ciągu następnych 24—48 godzin, pomimo, że się nie stosuje dalszych injekcyj. Jeżeli powstaje reakcyjne zapalenie wypocinowe opłucny, to mija zazwyczaj kilka dni, zanim bez dalszych injekcyj dojdzie do szczytu rozwoju.

7) Dalszy przebieg zagęszczeń reakcyjnych w płucach przedstawia się rozmaicie stósownie do okresu choroby i do częstości i dawek injekcyj.

W bardzo późnych i hektycznych okresach gruźlicy nawet pod wpływem bardzo małych dawek powstać mogą świeże jamy w płucach, lub powiększyć się jamy poprzednio istniejące.

We wcześniejszych, ale również z gorączką połączonych, okresach gruźlicy mogą również pod wpływem małych da-

wek nawet ze znacznemi przerwami stosowanych, powstać jamy, których poprzednio nie można było wykazać.

Reakcyjne stłumienia mogą wyjawniać częściowo lub zupełnie, pomimo, że się dalszych injekcyj nie przerywa, lecz stosuje injekcyje sposobem Kocha, uwzględniając tylko wyczerpywanie się reakcyi gorączkowéj. Wśród tego jednak nieraz kilkakrotnie w jednem i tem samem miejscu powstają świeże zagęszczenia i mijają zupełnie lub niezupełnie, przyczem rozmiar pierwotnych zagęszczeń gruźliczych zazwyczaj się zwiększa. Pozorne wyjawnienie odgłosu wypukowego, któremu towarzyszy zwiększająca się po injekcyjach ilość rzężeń, zwiastuje niekiedy wytwarzanie się jamy tam, gdzie poprzednio były tylko objawy nacieku.

Jeżeli jednak — z pominięciem rozpadowych i z gorączką hektyczną połączonych okresów — wstrzykuje się ponowną dawkę limfy dopiero wtedy, gdy miną wszystkie, lub co najmniéj przeważne, objawy reakcyjne tak wypukowe, jakoteż przysłuchowe, tak w płucach, jakoteż na opłucnéj, co jak wyżéj powiedziano, trwać może 3—7 dni a nawet i dłużéj i jeżeli się ogranicza do dawek ciągle między 0·001 do 0·010 wahających, w takim razie we wcześniejszych okresach choroby zwolna przebiegającéj, lub nawet w późniejszych ale bezgorączkowych, a przynajmniéj niehektycznych okresach gruźlicy płucnéj, nie wywołuje się zazwyczaj znaczniejszych i trwałych zboczeń w płucach. Ilość rzężeń może na dłuższy czas zmaleć, gorączka rozpadowa po ustąpieniu gorączki reakcyjnéj może się zmniejszyć lub ustąpić na czas krótszy lub dłuższy, a ilość plwocin zrazu zwiększona, może się zmniejszyć znakomicie wraz z potami nocnemi. Nawet ciężar ciała może się powiększyć.

8) Zmianom reakcyjnym w płucach, opłucny i osierdziu u ludzi z gruźlicą płuc towarzyszyć może, tak samo jak u ludzi zdrowych, reakcyjne powiększenie się śledziony i wątroby, które także nie stoi w ścisłym związku z ilością limfy i z odczynem gorączkowym, a zdaje się zależeć więcéj od osobniczych warunków. Powiększenie to może minąć nawet wśród dalszego wstrzykiwania limfy.

Oprócz tego zauważyłem w jednym przypadku zadraźnienie otrzewnéj, a w kilku przypadkach podrażnienie nerek i błony śluzowéj żołądka i kiszek.

Każdemu więc, któryby chciał obecnie jeszcze doświadczać skuteczności leczniczéj szczepianki Kocha w gruźlicy płuc, albo też stosować ją w takich przypadkach gruźlicy chirurgicznéj, gdzie równocześnie istnieje gruźlica płuc, na podstawie moich indywidualnych doświadczeń radziłbym rozpoczynać od dawek jak najmniejszych, nie posuwać się nigdy poza dawkę 0·010, a najwyżéj 0·015, a co najważniejsza i na co największy kładę nacisk, nie ponawiać wstrzykiwania, a tem mniéj powiększać dawkę i wstrzykiwać ponownie dopiero wtedy, jeżeli miną wszystkie lub przynajmniéj przeważne objawy reakcyjne w narządzie oddechowym, dające się wykryć badaniem fizycznem. Tylko w ten sposób postępując, nie naraża się chorych na widoczne niebezpieczeństwo. Do tego jednak potrzeba chorych starannie badać, a nieograniczać się tylko do badania pobieżnego.

Ponieważ limfa Kocha jest tylko wyciągiem glicerynowym kultur bakteryj gruźliczych, a nie ciałem jednolitego składu chemicznego i jednolitych własności farmakodynamicznych, przeto trzeba dalszych a bezstronnych doświadczeń, czy inne przetwory podobnego pochodzenia, jak wytwór Hamerschlaga, a względnie Nenckiego z Berna, Kowalskiego z Wiednia, lub tuberkulina Bujwida z Warszawy, Hueppego i Scholla z Pragi, lub alkoloid Zuelzera z Berlina (a zapewne wkrótce się zjawią i inne) wywoływać będą te same zmiany w płucach i w narządach wewnętrznych. Być może, że zmiany te nie są następstwem działania swoistéj istoty, wydzielającéj się z bakteryj gruźliczych, tylko pewnych istot dodatkowych, które stanowią tylko przypadkową, a dla celów leczniczych wcale nie pożądaną przymieszkę dotychczasowéj szczepianki Kocha.

Kraków, 26/I 1891.

II. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

HISTORYJA.

Schon alles da gewesen . . .

Słowa te Ben Akiby musiały przyjść na myśl każdemu, gdy przed laty kilkunastu pojawiły się próby wprowadzenia do terapii elektryczności statycznéj jako rzeczy nowéj. Było to właściwie usiłowaniem wskrzeszenia metody stosowanéj najpierw w sztuce lekarskiéj, zanim jeszcze pojawiły się galwanizm i prądy faradyczne. Wynikało to oczywiście z kolejności, w jakiéj fizyka czyniła odkrycia w dziedzinie elektryczności, a jak wiadomo, elektryczność przez tarcie poznano najpierw ze wszystkich rodzajów. Jeżeli pominiemy badaczów starożytności, jak n. p. Thalesa z Miletu (640 przed Chr.), który już znał elektryczność, powstającą przy pocieraniu bursztynu, to zasługi na tem polu położyli przedewszystkiem londyński lekarz Wilhelm Gilbert (1540—1603), a następnie Otto von Quericke z Magdeburga, który zbudował w r. 1663 pierwszą maszynę, wytwarzającą elektryczność przez tarcie. Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli śledzić rozwój nauki o elektryczności statycznéj ze stanowiska fizyki, zwrócimy się przeto do śledzenia zaczątków wprzęgnięcia jéj do usług leczniczych.

Już w połowie XVIII. stulecia widzimy elektryczność pod postacią prądów o silnem napięciu, używaną jako środek leczniczy. Napotykamy w tych czasach nazwiska prof. Krugera z Helmstadtu, który już w r. 1743 leczył za pomocą elektryczności, Kratzensteina z Hali w r. 1744, Hermana Klyna w r. 1746, używającego do tych celów butelki leydejskiéj itd. — Oprócz tych podań, niejasnych zresztą, pozostały dokładniejsze wskazówki po lekarzu genewskim, nazwiskiem Fallabert, który elektryzował z pomyślnym wynikiem chorych, dotkniętych porażeniem i zanikiem mięśni. Tak np. uzdrowił on wrzekomo w przeciągu dwóch miesięcy chorego z porażeniem prawéj ręki, wskutek udaru mózgowego. Rząd francuski zachęcony tem, polecił Molletowi w r. 1749 elektryzowanie porażonych inwalidów. Mollet zbudował nawet w tym celu odpowiednią maszynę, w któréj elektryczność wytwarzała się wskutek tarcia obracającéj się kuli szklanéj o ręce. Usiłowania jego nie odniosły jednak pożądanego skutku; nic zresztą dziwnego, miał bowiem do czynienia z głębokiemi uszkodzeniami organicznemi, powstałemi wskutek ran zadanych w potyczkach. Szczęśliwszym pod tym względem był Sau-

vages, który od r. 1749 leczył za pomocą iskier elektrycznych, porażenia, przykurczenia itd. Od tego czasu bardzo wielu lekarzy stosowało elektryczność statyczną, jak n. p. Teski, Lindult, lekarz szwedzki (w r. 1753), Haën prof. wiedeński (1755), Brydone, Schoeffer i Nebel (1760), Watson (1763), który miał podobno wyleczyć chorego z tężca, Saus (1772), Manduit (1779), Masars de Cazeles z Tuluzy, który w r. 1780 ogłosił 120 przypadków leczonych przez siebie elektrycznością statyczną, Cavallo w Anglii, Sigand de Lafond (1780), Bertholon (1781), konwencyjonista Marat, Pascalis itd. — wszyscy oni używali elektryczności statycznéj pod różnemi postaciami, otrzymanéj za pomocą rozmaitych przyrządów.

W krótki czas po tem nastąpić miał wielki zwrot w elektroterapii.

Słynne odkrycia Galvaniego (1737—1798) i Volty († 1827) wyparły powoli elektryczność statyczną, zastępując ją elektrycznością dynamiczną, tj. prądem stałym, a następnie indukcyjnym, którego poznanie zawdzięczamy Faradayowi (1831). Skoro Remak w Niemczech udoskonalił gruntownemi i mozolnemi badaniami leczenie za pomocą prądu stałego, a Duchenne de Boulogne we Francyi metody leczenia za pomocą prądu indukcyjnego, elektryczność statyczna poszła zupełnie w zapomnienie, dopiero w r. 1865 usiłował ją wskrzesić Schwanda, który zbudował dużą maszynę inflencyjną na wzór Holtza. Próby jego natrafiły w Niemczech na wielkie niedowierzanie ze strony lekarzy. Elektryczności statycznéj odmawiano zupełnie wszelkich własności leczniczych, a nawet wyszydzano wszelkie usiłowania, jak to czynił np. prof. Benedikt w Wiedniu.

Inaczéj było we Francyi, gdzie od r. 1780 Arthius, Charcot i Vigouroux gorliwie oddawali się badaniom nad działalnością elektryczności statycznéj. Odniosła tam ona zupełne zwycięstwo, a obecnie coraz to więcéj zyskuje zwolenników we wszystkich krajach. Za ich przykładem poszli we Francyi Boudet de Paris, Onimus i inni, w Ameryce Morton, Blachwood, Bearel, Rockwell, Knigt, Garrat, w Rosyi Drozdow, Holst, Benedyktow, Mierzejewski, Stepanow, w Niemczech Eulenberg, Jolle, Mund i Stein, w Austryi Lewandowski, a w końcu prof. Benedikt w Wiedniu, który z zaciętego przeciwnika stał się najgorliwszym rzecznikiem téj metody leczenia. Obecnie elektryczność statyczna nie o wiele mniéj jest rozpowszechnioną, aniżeli galwanizm i prądy faradyczne.

Zjawiska fizyczne elektryczności statycznéj.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu przyrządów, służących do wytwarzania elektryczności statycznéj, podam kilka zjawisk potrzebnych do zrozumienia tego przedmiotu.

Jeżeli jakiś przedmiot szklany, dajmy na to kulę lub laskę pocieramy jedwabną materyją, wtedy nadamy jéj ładunek elektryczny, zwany dodatnim, w przeciwstawieniu do ładunku powstającego przy pocieraniu laku flanelą, przyjętego w fizyce za ujemny. Gdy w niewielkiéj odległości od takiéj kuli szklanéj naelektryzowanéj postawimy walec metalowy, to przekonamy się, że na walcu tym elektryczność rozłoży się w ten sposób, że różnoimienna, a więc ujemna znajdzie się w końcu bliższym kuli, dodatnia zaś, równoimienna, w końcu przeciwnym. Rozłożenie to elektryczności na walcu, zwanym przewodnikiem (konduktorem), odbywa się przez wpływ czyli influencyję.

Na téj podstawie zbudował Volta (1775) przyrząd zwany elekroforem. Składa on się z krążka żywicznego (z szelaku, żywicy i terpentyny), lub kauczukowego, umieszczonego w talerzu metalowym, tudzież drugiego, nieco mniejszego, metalowego, osadzonego na odosobniającéj szklanéj rękojeści. Przez pocieranie krążka żywicznego flanelą lub natrzepywanie ogonem lisim, nadaje mu się elektryczność ujemną; skoro się położy nań krążek metalowy, wtedy na dolnéj powierzchni nagromadzi się elektryczność dodatnia, na górnéj zaś ujemna. Jeśli do górnéj powierzchni przytkniemy palec, wtedy elektryczność ujemną przeprowadzimy przez ciało do ziemi, dodatnia zaś silniéj związana pozostanie na krążku metalowym. Po odjęciu go od krążka żywicznego, można za zbliżeniem palca otrzymać z niego iskrę. Możemy to powtarzać kilkakrotnie, a ładunek pierwotny elektroforu nic przez to nie traci, pozostaje on w jednakiéj sile. Ładunek dodatni na krążku metalowym nazywamy w tym wypadku związanym, ujemny zaś swobodnym.

Pierwotne te doświadczenia posłużyły do zbudowania maszyn, wytwarzających znaczniejsze ładunki elektryczności. Początkowo były one oczywiście nieudolne i nie mogły mieć szerszego praktycznego zastosowania. Wszystkie składały się z dwóch części, tj. jednéj wytwarzającéj elektryczność i drugiéj gromadzącéj ją. W pierwszéj maszynie Querickego wytwarzała się elektryczność przez tarcie rąk o obracającą się kulę siarczaną, którą następnie Mewton zamienił na szklaną. Ręce zastąpiono później poduszkami skórzanemi naamalgowanemi, a w miarę postępu nauki przewodniki uległy też znacznym ulepszeniom. We wszystkich tych maszynach elektryczność zradzała się przez tarcie.

Wkrótce powstał nowy rodzaj maszyn, polegających na zasadzie rozkładania elektryczności przez wpływ, za pomocą małego pierwotnego naładowania i powiększania następnie tegoż nowemi ładunkami. Maszyny te, zwane influencyjnemi, zostały zbudowane i wydoskonalone przez Varlleya, Thomsona, Holtza, Toeplera, Carrégo i innych, następnie zmodyfikowane w rozmaity sposób, stosownie do potrzeb lekarskich.

W Paryżu w r. 1873 było w ruchu w Salpetrière sześć maszyn Carrégo, obecnie zostało to zmienione, jest ich tylko dwie, jednakże ławki izolowane są tak długie, że mogą pomieścić w sobie do dwudziestu chorych, przez co równie wielka liczba tychże może być naraz leczoną, jak poprzednio przy sześciu. Oprócz systemu Carrégo, używane są we Francyi i inne, jak np. Ramsdena, modyfikowana przez Arthuisa, Wimshorst-Bregueta itd. W Austryi najwięcéj rozpowszechnione są maszyny o dwóch walcach kauczukowych systemu Lewandowskiego, w Niemczech wreszcie maszyny skonstruowane przez berlińskiego mechanika Hirschmanna, podług wskazówek prof. Eulenburga, których pierwowzorem są maszyny Toepler-Vossa i Varleya. Ten ostatni przyrząd, którego sam używam i który przedstawia wiele korzyści przed innemi, opisuję poniżéj.

Opis maszyny influencyjnéj.

Główną częścią składową maszyny influencyjnéj Hirschmanna są dwie okrągłe szyby z grubego, szlifowanego

szkła. Pierwsza z nich średnicy 50, 70 lub 90 ctm. jest stale przytwierdzona, w środku jéj znajduje się okrągły otwór średnicy około 15 ctm, przez który przebiega oś, służąca do umocowania drugiéj szyby. Na tylnéj powierzchni szyby, po obu stronach znajdują się dwa kółka ze staniolu, umieszczone w pewnéj odległości po nad sobą, połączone wąskim paskiem z tegoż materyjału, na tem wszystkiem zaś nalepiony jest szeroki pas papieru, biegnący łukowato. Urządzenie to nosi nazwę z b r o i, a służy do wiązania elektryczności. Szyba wraz z zbrojami powleczona jest cienką warstwą szelaku. (C. d. n.)

III. Z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Myxoedema.

Dwa przypadki obserwował i opisał

Dr. M. Buzdygan,
II-gi asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

B i l l r o t h (*Allg. Wien. med. Zeitschr.* 1886, Nr. 14), wywodzi związek między wolem a matolectwem. F r ä n k e l na posiedzeniu lekarskiem w Hamburgu 4 kwietnia 1887 wyrzekł: *„dass es heutigen Tags ein Kunstfehler sei, eine Totalextirpation der Schilddrüse vorzunehmen, dass man sich vielmehr stets auf die Resektion des Organs zu beschränken habe“*.

Gdy tak ze wszystkich stron od chirurgów nadchodziły spostrzeżenia o smutnych następstwach po wyłuszczeniu wola wzięto się z wielką energiją do zbadania tak anatomii, jak fizyjologii gruczołu tarczykowego, który dotąd lekko traktowano, nie domyślając się nawet jakiegoś ważniejszego wpływu na organizm. Z licznych prac na tem polu nabrało wielkiego znaczenia odkrycie B i o n d i e g o w Neapolu, który je przedstawił na posiedzeniu lekarskiem w Berlinie 31 października 1888. Badając różne zwierzęta, doszedł on do tego, że gruczoł tarczykowy składa się z zrazików, które się mieszczą w tkance łącznéj otaczającéj naczynia i nerwy, czyli wtłoczone są w przestwory limfatyczne. Zraziki te tworzą odosobnione bryłki otoczone przybłonkiem wałeczkowym i wszystkie zawierają treść jednolitą. Treść ta nie pochodzi z rozpadu przybłonka lub ciałek krwi, ale jest produktem czynności komórek, gdyż ta sama treść znajduje się w pierwoszczu przybłonka w postaci drobnych kuleczek. Zraziki w miarę wypełniania się wydzieliną, wzrastają, są więc różnéj wielkości, a doszedłszy do pewnéj granicy pękają, a treść swoję wylewają do przestworów limfatycznych. Na miejscu zrazika wypróżnionego powstaje wiele nowych drobniutkich zrazików. Przetwory limfatyczne szczególniéj w środku gruczołu wypełnione są ową treścią zrazików. Na podstawie tych poszukiwań przychodzi B i o n d i do przekonania, że komórki przybłonkowe w gruczole tarczykowym wyrabiają osobliwszy płyn, który się najpierw gromadzi we wnętrzu zrazików, a po pęknięciu tychże, wylewa się do naczyń limfatycznych. Znaczenia téj substancyi autor bliżéj nie określa.

O wpływie gruczołu tarczykowego na organizm panują różne hypotezy; jedne przypisują mu działanie mechaniczne, inne przeważnie chemiczne.

Do pierwszych zalicza się S c h r e g e r, który już 100 lat temu (*Fragmenta anat. et physiol. fasc. I. Lipsiae 1791. Caput. II.*) pisał: *ut haec glandula sanguinis immodicos impulsus a cerebro abarceat et moderetur.* L i e b e r m e i s t e r (*Vierteljahrschrift f. prakt. Heilk.* 1864), biorąc pod rozwagę obfitość i wielkość tętnic w tak małym gruczole i ich kręty przebieg, chce w nim widzieć przyrząd regulacyjny dla krążenia w mózgu. F r e u n d (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. 18, 1883) zestawia szereg zmian gruczołu tarczykowego w życiu płciowem kobiety: podczas dorastania, miesiączki, ciąży i porodu i przychodzi do wniosku, że gruczoł tarczykowy musi być regulatorem krążenia w mózgu, a nawet bierze udział w wytwarzaniu krwi. H o r s l e y zalicza gruczoł tarczykowy do narządów krew wytwarzających na równi ze śledzioną i gruczołami limfatycznemi, czemu zaprzeczają V i r c h o w i K o c h e r.

Że gruczoł tarczykowy odgrywa ważną rolę chemiczną w całym ustroju, to wykazują te rozliczne zaburzenia po wyjęciu tego gruczołu powstające, które już powyż opisaliśmy. Według S a n q u i r i c o i C a n a l i s (*Centrbl. f. med. Wiss.*, 1885) gruczoł tarczykowy bierze ważny udział w chemizmie ustroju i tą drogą oddziaływa na układ nerwowy centralny. Do tych samych wniosków doszedł P r u s (*Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego*, 1886, C o l r i (*Sulla extirpatione ho Spermentele*, 1884), i E w a l d (*Berl. klin. Wschr.*, 1887, Nr. 11), którzy przypuszczają, że gruczoł tarczykowy wytwarza materyję niezbędnie potrzebną do odżywienia mózgu lub odbiera krwi pewne produkta, mogące szkodliwie działać na układ nerwowy i niszczy takowe. Ewald bowiem wstrzykiwał psu podskórnie ciecz z świeżo wyciętego gr. tarcz. i rozmiażdżonego, a pies ten popadł na kilka godzin w stan narkozy. Że materyja owa tak szkodliwie działa na mózg, stwierdził G r ü t z n e r (*Deutsch. med. Woch.*, 1887, Nr. 32) sekcyją wykonaną na zmarłym z *Cachexia strumipriva*, gdzie obok obrzmienia tkanki podskórnéj, znalazł lekkie zapalenie opony miękkiéj mózgu. R o g o w i t z zaś (*Centrbl. f. d. med. Wissen.*, 1886, p. 530), jako przyczynę śmierci zwierząt użytych do doświadczeń podaje: *Encephalomyelitis parenchymatosa subacuta.* Według H o r s l e y a tą materyją, którą gruczoł tarczykowy niszczy, jest mucyna, albowiem po wyjęciu gruczołu gromadzi się ona obficie w tkaninach.

Tylko P h i l i p e a u x (*Comptes rend. de la Societ. de biolog.*, 1884, Nr. 37), K a u f m a n n (*Archiv f. exp. Path. u. Phar.*, 18, p. 260), T a u b e r (*Virch. Archiv*, 96, p. 29), nie widzieli złych skutków po wyłuszczeniu całkowitem gr. tarcz. u zwierząt.

F u h r jednak (*Arch. für exp. Pathol. u. Pharm.*, 21, p. 387) w swych najnowszych i wyczerpujących badaniach dowiódł, że po usunięciu całego gr. tarcz. zwierzę ginie wśród objawów zaburzenia ośrodków nerwowych. Jeżeli zaś u niektórych badaczy zwierzęta operowane zostały przy życiu, to na pewno musieli wyjąć tylko część gruczołu tarcz. lub inny gruczoł: limfatyczny albo śliniankę, a nie gr. tarcz.; lub też jak się nieraz zdarza (F r a e n k e l) znajdował się jeszcze gruczoł dodatkowy; pozostawiona część gruczołu przerasta i przejmuje zastępczo funkcyje, co stwierdzili W a g n e r u psów *Wiener medizinische Bl.*, 1884, p. 771), a H o r s l e y u małp. M o s l e r na X. kongresie lekarskim w Berlinie w sierpniu 1890 roku w zupełności potwierdza prace Fuhra mówiąc: *Beim genuinen Myxoedem aus dem variablen Ver-*

halten der Schilddrüse einen ursächlichen Zusammenhang leugnen zu wollen, ist meiner Meinung nach nicht gestattet. Do takich samych rezultatów doszli Herzen (*Semaine médicale*, 1886, Nr. 32) i Rogowicz (*Centrbl. für die med. Wissensch.*, 1886).

Doświadczenia na zwierzętach i obserwacyje na ludziach po operacyi wola wyjaśniły wiele objawów i wykazały wspólne pochodzenie z chorobą samoistnie bez operacyi powstałą, a przez Orda nazwaną *Myxoedema.* I tu źródłem choroby jest gruczoł tarczykowy, a raczéj ustanie funkcyi tegoż. Przy badaniu klinicznem prawie zawsze znachodzi się gruczoł tarczykowy powiększony, zwyrodniały i to jest pierwszy okres choroby; albo wcale się gruczołu nie wyczuwa w późniejszym okresie. Fraenkel na posiedzeniu lekarskiem w Hamburgu 4 kwietnia 1887 r. demonstrował preparat gr. tarcz. osoby zmarłéj wskutek *Myxoedema,* okazujący zupełny zanik utkania gruczołowego i liczne ogniska nacieku zapalnego. Horsley na XVIII. kongresie chirurgów w Berlinie 1889 r. przedstawił dwa preparaty gr. tarcz., jeden z wczesnego, drugi z późnego okresu choroby. W pierwszym, gdzie chory zmarł z przypadkowéj choroby, gruczoł tarczykowy przedstawia resztki utkania gruczołowego poprzeplatane białemi smugami tkanki łącznéj. W drugim preparacie chory zmarł z *Myxoedema,* gruczoł znacznie pomniejszony składał się tylko z tkanki łącznéj, a gdzieniegdzie znajdowały się kępki leukocytów; utkania gruczołowego nie było. To samo obserwowali Genzmer i Rinne (*Kongr. chirurg.*, 1889) i Rosenberg (*D. med. Woch.*, 1887, Nr. 11). Ord na kongresie lekarskim w Berlinie 1890 r. w swoim odczycie podniósł, że zmiany anatomiczne, dotyczą nietylko gr. tarcz., ale prawie we wszystkich organach i skórze jest przerost tkanki łącznéj z charakterem zapalnym, niszczący właściwe utkanie. Chemiczne zmiany są nietrwałe, przejściowe. Przy pierwszéj sekcyi zmarłego na szczycie rozwoju choroby we wszystkich tkaninach wykryć można było nagromadzoną mucynę, w innych przypadkach tego nie stwierdzono. Mucyna pojawia się prawdopodobnie tylko w pewnym okresie téj choroby. Ord również stwierdza identyczność chorób: *Myxoedema, Cachexia strumipriva,* sporadycznego i endemicznego matołectwa oraz *Myxoedema operatoire* u zwierząt, a przyczynę ich odnosi do zmian w gruczole tarczykowym.

W kilku tylko przypadkach *Myxoedema* nie można było wykryć zmian w gruczole tarczykowym, jak to wspominają: Riess (*Berl. klin. Woch.*, 1886, Nr. 51), Erb *Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 3), Senator (*ibid.*, Nr. 9) i Landau (*ibid.*, Nr. 11).

Na tem wyczerpnąwszy literaturę mi dostępną, przedstawię dwa przypadki *Myxoedema* pierwotnego, prawie równocześnie obserwowane w klinice Prof. Dra Korczyńskiego w półroczu letniem 1890 roku.

Przypadek I. Zofija Mosz..., lat 34, wyzn. rzym.-kat., wyrobnica z Niedźwiady w Galicyi. Dziedziczności w jakimkolwiek kierunku wykazać nie można. W dzieciństwie przebyła ospę. Miesiączka wystąpiła w 18 roku życia, była obfita bez boleści, trwała do 28 r. ż. W 24 r. ż. wyszła za mąż, odbyła dwa porody i połogi prawidłowe; dzieci żyją i są zdrowe. Po drugim porodzie przed 6 laty miesiączka ustała i dotąd jéj niema, tylko w okresach, odpowiadających miesiączkowaniu, czuje się osłabioną i musi leżeć w łóżku, przyczem miewa silny ból głowy, bóle w krzyżach i podbrzuszu. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty bólami we wszystkich stawach i kościach bez obrzmienia lub zaczerwienienia tychże. Bólom miała towarzyszyć gorączka i dreszcze raz lub 2 razy na tydzień, nadto nudności, częste bóle i zawroty głowy oraz duszność. Od 2-ch lat zauważyła chora zgrubienie na twarzy, powiekach, wargach, języku, rękach, petem na szyi, piersiach, brzuchu tak, że spodnice dawne okazały się za ciasne. Stopy miały się nie zwiększyć. Objawy te od 4 tygodni znacznie się wzmagają. Palenie w ustach, ściskanie w okolicy żołądka, nudności, odbijania gorzkie, ciągłe pragnienie, ból i zawroty głowy. Wymiotów nie było. Stolec zaparty. Z temi objawami przyjęto ją do kliniki 27 maja 1890 r.

Stan obecny. Wzrost słuszny, budowa i odżywienie dobre. Skóra blada, wiotka; tkanka tłuszczowa miernie utrzymana. Twarz szeroka, o rysach zgrubiałych. Skóra na twarzy blada, obrzękła, da się ująć w fałd, konsystencyja jéj miękka, ciastowata, przy silnym ucisku palcem dołka nie pozostawia; wszędzie dobrze przesuwalna, w dotknięciu wilgotna; łuszczenia niema, ciepłota niepodwyższona. Na czole grube, szerokie, poprzeczne zmarszczki. Powieki górne i dolne silnie obrzękłe, ztąd szpara powiekowa wązka. Spojówki powiekowe i gałkowe silnie zaczerwienione, rozpulchnione (*Conjunctivitis catarrhalis*). (C. d. .)

IV. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Często nawet spotykam w świetle naczynia ową siatkę hemoglobinową i w niéj leukocyty lub większe jądra, obraz absolutnie identyczny z środkowemi częściami gruzełka. W śródbłonkach naczyń krwionośnych nie spotkałem nigdzie nic nieprawidłowego, nigdy żadnego pomnożenia istoty chromatycznéj, żadnego śladu figur karyjokinetycznych. Pewnego związku między lokalizacyją prątków gruźliczych Kocha, a różnemi własnościami gruzełków nie udało mi się wykryć, nic wreszcie, coby za teoryją Mecznikowa przemawiało. Mianowicie nie widziałem żadnego związku między ich ilością, a ilością składników komórkowych gruzełka. W komórkach olbrzymich było ich zawsze mnóstwo.

Nie zawsze jednak gruzełki w otrzewnie okazują nam się w téj postaci, jak to powyżéj widzieliśmy. Gruzełki większe nieco od prosówkowych, szaro-białawe, któremi bywa zasiana cała otrzewna przy destruktywnéj gruźlicy innych narządów, mianowicie kiszek, przedstawiają nam obraz nieco odmienny. Na przekrojach poprzecznych, przez gruzełek i całą ścianę jelita przechodzących, widzimy, że błona surowicza w całości jest zgrubiałą, a w poziomie gruzełka tworzy wypukłość. Badając bliżéj gruzełek na pozór zserowaciały, widzimy, że składa się on przeważnie lub niekiedy jedynie z samych tworów okrągławych lub okrągłych barwy szaro-brunatnawéj, w lekki odcień zielonawy wpadającéj. Wśród tych tworów rozproszone są w różnéj ilości jądra podobne do leukocytów lub jeszcze mniejsze. Delikatną bardzo siatkę widzimy tylko w częściach obwodowych. O tworach tych szaro-brunatnawych z początku myślałem, że są to komórki epitelijoidowe i limfatyczne, których jądra wskutek nekrozy straciły własność barwienia się, że jestto jednem słowem gruzełek Baumgartena zserowaciały. Tak jednak nie jest. Przy dokładniejszem badaniu większéj liczby takich gruzełków przekonać się łatwo można, że owe twory okrągłe szaro-brunatnawe są ciałkami czerwonemi krwi, w których nie przyszło do wytworzenia ani siatki ani istoty chromatycznéj. Niektóre z nich tylko dały początek leukocytom, reszta w przeważnéj liczbie pozostała bez żadnych zmian. W innych gruzełkach uległy one już nekrozie, kontury ich stały się niewyraźne, barwa im właściwa znikła. Masy serowate zatem nie są tu niczem innem, jak tylko nekrotycznemi ciałkami czerwonemi. Takie gruzełki nie składały się nigdy ani z komórek epitelijoidowych ani limfatycznych. W takich gruzełkach serowatych często widzimy siatkę, bar-

wiącą się silnie gencyjaną i safraniną lub na preparatach alkoholowych oddziaływającą jak włóknik według metody Weigerta. Siatka taka nigdy i nigdzie bez udziału ciałek czerwonych nie powstaje (dlaczego, zobaczymy póżnéj). Stanowi to dla mnie nową podstawę do powyższego pojmowania mas serowatych gruzełka. W tych gruzełkach spotykałem zawsze wielkie mnóstwo prątków Kocha. Czy ich liczba jest przyczyną téj bezpośredniéj nel robijozy ciałek czerwonych bez poprzedniego przekształcenia się tychże w charakterystyczny gruzełek? Po przedstawieniu innych naszych spostrzeżeń powrócimy jeszcze do refleksyi nad tym przedmiotem.

Dodam jeszcze kilka słów o zachowaniu się błony surowiczéj pomiędzy gruzełkami, która jak wspomniałem, jest zgrubiałą. Zgrubienie to, jak badanie mikroskopowe wykazuje, polega na silnym nacieku drobnokomórkowym. Są to komórki o jądrach podobnych do leukocytów i ciałka czerwone z jądrami. Ostatnie charakteryzują się małem jądrem lub skupieniem kilku ziarnek chromatynowych, otoczonych masą prawie jednolitą, barwy prawidłowych ciałek czerwonych. Obok tego znajdujemy ciałka czerwone niezmienione lub pozbawione barwika, wybladłe. Uderza nas daléj dosyć znaczna liczba ciałek czerwonych o kolosalnych rozmiarach, 2, 3 i więcéj razy większych od prawidłowych, barwy prawidłowéj, posiadających jedno lub więcéj małych jąderek. Czy jestto produkt zlewania się ciałek czerwonych, co wydaje nam się prawdopodobniejszem, czy też powiększeniem rozmiarów pojedynczych ciałek, trudno rozstrzygnąć. Często wśród takich ciałek można odkryć jakby kontury ciałek o zwykłych wymiarach, a to przemawia właśnie za pierwszem z powyższych przypuszczeń. I w tym przypadku gruźlicy otrzewny, jak widzimy, ciałka czerwone i ich derywaty przeważają w całym obrazie mikroskopowym. Ich nadmierne nagromadzenie na pewnych punktach i brak wszelkich przemian progresywnych dało początek gruzełkom odrazu zserowaciałym.

Jako przykład typowy gruźlicy bez gruzełków w znaczeniu Baumgartena pozwalam sobie przytoczyć następujący:

b) gruźlica płuc.

Anna O.... 5-letnia. Gruźlica gruczołów limfatycznych około tchawicowych, około oskrzelowych i kreskowych. Zapalenie płuc serowate obu płatów dolnych (*Pneumonia caseosa*), *Pleuritis serofibrinosa dextra.*

Przy badaniu mikroskopowem okazuje się głównie najbliższe otoczenie większych naczyń krwionośnych, z któremi jak wiadomo mają wspólny przebieg i naczynia limfatyczne, jako punkt wyjścia całéj sprawy gruźliczéj. Na szerokie przestrzenie w otoczeniu tych naczyń krwionośnych zanikła zupełnie budowa miąższu płucnego. Zastanówmy się najprzód nad zmianami w samych naczyniach krwionośnych, bo one nam wytłumaczą niejedno zjawisko poza ich obrębem. Przedewszystkiem zasługuje tu na uwagę zachowanie się krwi w tych naczyniach. Otóż nigdzie nie spotykamy tu stosunków prawidłowych tak, jak to ma miejsce w częściach miąższu niezajętych. Mamy tu przed sobą głównie zmiany dwojakiego rodzaju: przemiana ciałek czerwonych w siatkę hemoglobinową i w siatkę barwiącą się gencyjaną i safraniną (włóknik autorów) i powtóre nowotworzenie składników komórkowych, obfitą istotą chromatyczną. Dosyć często spotykamy ciałka czerwone rozpadłe w masę drobnoziarnistą lub zlane w istotę prawie jednolitą. Siatka ta przedstawia nam się tu zupełnie tak samo jakto powyżéj przy innych spostrzeżeniach opisaliśmy. W pewnéj części naczynia widzimy ciałka czerwone zlane w istotę delikatnie ziarnistą bezbarwną i ma to często miejsce w częściach przybrzeżnych, daléj w głąb światła poczyna się siatka różnie gęsta hemoglobinowa, a w niéj rozprószone bardzo liczne leukocyty lub komórki, które poniżéj opiszę. Gdy zamiast siatki hemoglobinowéj spotykamy inną, która się silnie barwi safraniną, ilość jąder i jąderek chromatynowych jest bardzo nieznaczna lub brak ich zupełny, a z ciałek czerwonych widzimy tylko całkiem wybladłe *stromata*, albo i tych już wcale nie widać. Wśród włókienek spotykamy daléj bardzo nieliczne ziarenka o konturach ciemnych o środku jasno czerwonym (preparat safraninowy). Leżą one w przebiegu włókienek lub niezależnie od nich. Składniki komórkowe są najliczniejsze w tych częściach naczynia, gdzie nie przyszło do wytworzenia siatki chromatynowéj (tak nazywam siatkę oddziaływającą jak włóknik podług metody Weigerta). Ma się niekiedy wrażenie, jakoby wszystkie ciałka czerwone przeszły w leukocyty. Nie są to jednakże same leukocyty. Obok jąder ciałkom białym krwi odpowiadających, widzimy jądra nieco większe, zbliżone do jąder epitelijoidowych lub nawet przewyższające je co do rozmiarów. Nie są to produkta bujających śródbłonków naczyniowych, bo często takie skupiny składników komórkowych oddzielone są od ściany naczynia szeroką warstwą niezmienionych lub zlanych w masę jednolitą ciałek czerwonych. Co do pierwoszcza tych składników komórkowych, to często takowego nie widać, są to jakby nagie jądra. W innych razach zamiast pierwoszcza delikatnie ziarnistego, bezbarwnego, widzimy obwódkę różnéj szerokości, identyczną optycznie z istotą ciałka czerwonego prawidłowego. Często obwódka ta dochodzi do rozmiarów kilkakrotnie większych niż ciałka czerwone prawidłowe, a jądro takiéj komórki może być epitelijoidowem lub daleko mniejszem, mniejszem nawet niż jądro ciałka białego.

Zmiany te często są w ten sposób skombinowane z sobą, że w częściach środkowych widzimy ciałka czerwone delikatnie ziarniste, o zacierających się lub zupełnie niewidocznych konturach. W miarę, jak się zbliżamy ku obwodowi, spotykamy leukocyty i ciałka czerwone z jądrami, ułożone w siatce hemoglobinowéj, daléj jeszcze ku obwodowi coraz więcéj jąder epitelijoidowych, a daléj już przy saméj ścianie naczynia nieraz dosyć szeroka warstwa niezmienionych ciałek czerwonych. Obrazy takie przedstawiają mi najwymowniejszy dowód, że wszystkie składniki gruzełka powstają z ciałek czerwonych, hypoteza, jaką postawiłem dla gruzełków otrzewny.

Jakie zmiany znajdujemy w ścianach naczyń i przylegającym miąższu płucnym?

W właściwéj ścianie naczyń nie znajdujemy zmian znaczniejszych, tu i tam silniejszy naciek drobnokomórkowy. Za to otaczający miąższ na znacznych przestrzeniach uległ głębokim zmianom. Budowa alweolarna tylko na granicy zachowanego miąższu jako tako widoczna, zresztą zanikła ona zupełnie. Widzimy tylko jakieś utkanie siatkowate z różnie licznemi składnikami, zawierającemi istotę chromatyczną. Włókna téj siatki mają jużto barwę ciałek czerwonych, jużto silnie się barwią safraniną. Oczka siatki najrozmaitszéj wielkości i kształtów są często wypełnione masą prawie jednolitą lub bezbarwną, w innych miejscach zamiast téj masy lub w niéj ułożone są wszystkie rodzaje komórek, jakie w treści naczyń krwionośnych powyżéj widzieliśmy. Poczynając od jąderek znacznie od leukocytów mniejszych aż do większych niż zwyczajne epitelijoidowe, wszystkie postacie są tu reprezentowane. W licznych miejscach owéj siatki nie widzimy. Znajduje się tylko jakaś masa brunatnawa z licznemi jąderkami, poczynając od zaledwie dostrzegalnych aż do epitelijoidowych, obraz absolutnie identyczny z tym, jaki w głębszych alweolach płuc wszczepianych do jamy brzu-

sznéj królika widzieliśmy. Są to miejsca widocznie nekrobijotyczne, liczne prątki Kocha zawierające. Prątki zresztą spotykamy w całym tym miąższu. Gruzełków Baumgartena nigdzie ani śladu. Przechodząc w miąższ, w którym budowa alweolarna staje się widoczną, spotykamy całe grupy pęcherzyków, wypełnionych różnemi składnikami komórkowemi. Tak opis tych składników, jak i wyjaśnienie ich znaczenia należy do najtrudniejszych. Przedewszystkiem nadmienić musimy, że na znacznie rozszerzonych naczyniach włosowatych ścian alweolów nigdzie nie widać pokładu przybłonkowego, tak jak to n. p. ma miejsce na pętlach (*ansae*) naczyniowych kłębków Malpighiego w nerkach. Natomiast całe światło wypełnione nieraz bywa komórkami, które na pierwszy rzut oka przedstawiają nam się jak komórki epitelijoidalne, nie brak jednakże i komórek identycznych z leukocytami. Pierwoszcze tych składników komórkowych jest różnie obfite; około pewnych jąder zaledwie jako wązka obwódka, widocznie około innych dochodzi do kolosalnych rozmiarów. Jest ono jużto jednolite i często ma barwę normalnych ciałek czerwonych, jużto jest drobno-ziarniste bezbarwne. Te składniki leżą niekiedy w siatce hemoglobinowéj lub bezbarwnéj lub wreszcie oddziaływającéj, jak istota chromatyczna. Obok komórek spotykamy w różnych alweolach różną ilość ciałek czerwonych odbarwionych lub prawidłowych i przechodzących w siatkę. Na śródbłonkach naczyń włosowatych nie spotykam zmian żadnych. Naczynia włosowate, jak wspomniałem, znacznie porozszerzane. Często jednak w nich zamiast ciałek czerwonych widzimy istotę ziarnistą, niewyraźnie prążkowaną. Ma to miejsce zwłaszcza na granicy części miąższu, gdzie budowa alweolarna zanika. Figur karyjokinetycznych nie spotkałem na żadnych składnikach. Tylko w bardzo nielicznych pęcherzykach spotykamy się z obrazami, jakie dla gruzełków w sieci przedstawiłem Jeźli wogóle te obrazy mamy tu pojąć jako gruzełki wśródpęcherzykowe, to nie widzę najmniejszego powodu, aby dla nich szukać innéj histogenezy jak ta, która nam się wydała najprawdopodobniejszą dla gruzełków sieci.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

W Nrze 4 „Gazety Lekarskiéj" Dr. Bujwid podaje swój sposób otrzymania szczepianki, podobnéj do szczepianki Kocha, a nazwanéj przez niego tuberkuliną. Doniesienie to Dra Bujwida dla ważności sprawy podajemy w dosłownem brzmieniu:

„Gdy przed kilkoma tygodniami rozeszła się wieść o upaństwowieniu tajemnicy płynu Kocha i skutkiem tego zdawało się, iż przez długi czas świat badaczy nic wiedzieć nie będzie o składzie tajemniczéj substancyi, przedsięwziąłem próby samodzielnego otrzymania płynu Kocha.

Rzecz zdawała mi się tem łatwiejszą do zrobienia, iż wygląd i cechy zewnętrzne płynu, otrzymanego od prof. Kocha i zastosowanego przez nas w warszawskich szpitalach 23 listopada roku zeszłego, posiadał wszelkie cechy mieszaniny produktów bakteryj gruźliczych. Myśl tę wypowiedziałem na jednem z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego, oraz wyraziłem nadzieję, iż płyn, przez siebie otrzymany, w niedługim czasie będę mógł pokazać.

Pierwsza próba otrzymania wyciągu z czystéj agar-glicerynowéj hodowli laseczników gruźliczych za pomocą wyskoku dała mi wynik ujemny. Otrzymałem produkty barwne, wonne, o zapachu mocniejszym od płynu Kocha, przypominającym zapach czystéj hodowli, ale reakcyja spalania na platynowéj blaszce oraz gęstość otrzymanego produktu nie przypominały płynu Kocha.

To też zastosowałem inną metodę. Zrobiłem hodowlę w glicerynowym bulijonie i otrzymałem bujny rozrost bakteryj gruźliczych w ciągu 3 tygodni przy ciepłocie około 38° C. Czystość hodowli dała się łatwo skontrolować za pomocą mikroskopu; rozrośnięte bakteryje miały wygląd bujniejszy, były dłuższe i grubsze, niż wyrastające na agarowem podłożu. Hodowle zanieczyszczone na oko i za pomocą powonienia można było odrazu od czystych odróżnić, co następnie badanie drobnowidowe w zupełności potwierdziło.

Takie bulijonowe hodowle zostały wyjałowione za pomocą trzykrotnego ogrzania w ciepłocie 100° C., w ciągu 10 minut co 6 godzin (najpewniejsza metoda wyjaławiania niewielkich ilości płynów), następnie zaś przepuszczone przez filtr Pasteura (zmodyfikowany przezemnie i opisany w Nrze 1 „Centr für Bact." bieżącego roku) i zgęszczone na kąpieli wodnéj przy zmniejszonem ciśnieniu, otrzymanem za pomocą pompki wodnéj Bunsena. Płyn wrzał przy ciśnieniu około 20 mm. już w ciepłocie 30°—34° C. Po zgęszczeniu płynu do $1/4$ objętości powstał bardzo delikatny męt, który oddzieliłem za pomocą przesączania i poddałem płyn ponownemu odparowaniu do gęstości rzadkiego syropu. Płyn ten po sklarowaniu przedstawiał się zupełnie podobnym do płynu Kocha; był nieco mniéj brunatny i rzadszy.

Pół centymetra sześciennego tego płynu, ponownie wyjałowionego przez ogrzanie do 100° C., wstrzykniętego pod skórę świnki morskiéj, zdrowéj, wywołało po 6 godzinach nieznaczne, o 1° C. podwyższenie ciepłoty. Wstrzyknięty śwince morskiéj, któréj poprzednio przed 2 tygodniami zaszczepioną była plwocina gruźlicza do otrzewny, wywołał u niéj objawy zapaści przy ciepłocie 34·2° C. i następne po 12 godzinach podwyższenie ciepłoty do 38° C., które trwało u zdrowéj i choréj świnki w ciągu doby, poczem u obu świnek przez tydzień ciepłota pozostała jednakową, prawidłową, około 37° C. (Poprzednio świnka chora nieco gorączkowała). U świnki zaszczepionéj gruźlicą na brzuchu, w miejscu uprzedniego zaszczepienia, na drugi dzień po wstrzyknięciu pojawiło się mocne, bolesne obrzęknięcie, które stopniowo zmniejszyło się w ciągu następnych 4 dni do stanu poprzedniego guziczka wielkości ziarnka grochu. Zabita po tygodniu zdrowa świnka, nie przedstawiała ani zmian ogólnych, ani miejscowych, skutkiem czego uznałem płyn za nieszkodliwy, wywołujący odczyn właściwy płynowi Kocha.

Teraz mogłem przystąpić do wstrzyknięcia drobnej ilości płynu choremu na wilka, co wykonałem u chorego z obszernym wilkiem twarzy na oddziale kol. Puławskiego. Po wstrzyknięciu 10 mlgr. płynu, odpowiadających 5 mgr. płynu Kocha, otrzymaliśmy po 8 godzinach odczyn ogólny w postaci dreszczów i łamania, oraz charakterystyczny odczyn miejscowy, jaki u tegoż chorego przedtem po wstrzyknięciu płynu Kocha występował. Chorego obserwowali prof. Baranowski, oraz kol. Dunin, Puławski i Srebrny. Wstrzyknięcie wykonano w ilości mniejszej, niż choremu się należało, gdyż znosił on już 10 miligramów, przyczem ciepłota podniosła się do 40° C. Dla ostrożności jednak, łatwo zrozumiałej, zrobiłem wstrzyknięcie tylko połowy ilości należnéj i wywołany odczyn był odpowiednio słabszy.

Następnie zrobiliśmy wstrzyknięcie 10 mlgr. tego płynu u chorej kolegi Srebrnego z wilkiem nosa, na oddziale kol Sokołowskiego. Odczyn wystąpił jeszcze słabszy, podniesienie ciepłoty tylko do 37,7° C., oraz miejscowe bardzo słabe palenie i zaczerwienienie, które znikło już na trzeci dzień po wstrzyknięciu. Chora ta znosiła 10 miligr. płynu Kocha z odczynem nieco wyższym, u więc 10 miligramów mego o połowę słabszego płynu, wywołały odczyn odpowiednio słabszy.

Widzimy ztąd, że nietylko przyrządzenie, ale nawet dawkowanie płynu, otrzymanago przezemnie udało się dość łatwo. Siła płynu jest nieco więcej niż o połowę mniejszą, stosownie do gęstości i zapewne niedość postąpionéj dojrzałości hodowli, których należałoby używać dopiero po 4—5

tygodniach, gdyż dopiero wtedy dochodzą one do największego stopnia rozrost.

W podobny sposób wytrawiając na zimno wodą wyjałowioną agarowe podłoża, otrzymałem po zagęszczeniu płyn posiadający też same cechy i dający na świnkach morskich podobny odczyn. Wytrawianie czystych hodowli za pomocą wody, dało mi podobne ale nieco odmienne, bliżéj jeszcze niezbadane, produkty; wyniki otrzymane z badania tych produktów, podać w niedługim czasie nie omieszkam. Otrzymanie płynu za pomocą wytrawiania hodowli działaniem 40—50 procentowéj gliceryny, jak to podaje Koch, nie dało mi dotąd dobrych wyników; wydaje mi się ono daleko trudniejszem od podanego przezemnie sposobu. Tak jeden jak i drugi wszakże posiadają wspólną wadę; produkt bowiem otrzymany zawiera sole mineralne, pepton, glicerynę i inne materyje wyciągowe w wodzie i glicerynie rozpuszczalne.

Rozpocząłem obecnie próby na szerszą skalę nad działaniem na zwierzęta tego produktu, który możemy nazwać tuberkuliną, dla uniknięcia innych mniej odpowiednich nazw, nie malujących pochodzenia samego produktu. Zadaniem ściślejszych badań będzie otrzymanie właściwéj, czystéj, od domieszek wolnéj tuberkuliny. O ile z zachowania się jéj widać, nie jest to materyja białkowa, ani toksalbumina; jest to zaś może jakaś substancyja pochodna białka, rodzaj ptomainy, lub coś pośredniego pomiędzy ptomainą a enzymą. Widnieje to z jednéj strony z chemicznego zachowania się tuberkuliny (wytrzymałość przy ogrzewaniu do 100° C.), z drugiej zaś z jéj działania podobnego do działania zaczynów (odczyn po 6—24 godzinach).

Podane szczegóły co do metody otrzymania i działania płynu znane były prof. Baranowskiemu i Hoyerowi, oraz kol. Dunininowi i Puławskiemu na dwa tygodnie przed ogłoszeniem składu płynu Kocha. Równocześnie opis metody i nieco płynu przezemnie otrzymanego, przesłałem Pasteurowi oraz wiadomość o otrzymaniu tego płynu p. Dyrektorowi Departamentu Lekarskiego".

Bäumler w Fryburgu obserwował działanie limfy Kocha u 60 chorych. Po większéj części potwierdza powszechnie znane wyniki, dlatego podamy tylko kilka szczegółów odrębnych. Tak np. tętno jeszcze czas jakiś po ustąpieniu gorączki jest nietylko bardzo szybkie, lecz także pełne, miękkie niekiedy wyraźnie dwubitne. To zachowanie się tętna jest wyrazem zniesienia napięcia drobnych tętnic i połączonego z niem obniżenia się parcia ościennego krwi, które wespół z przyspieszoną akcyją serca w pewnych warunkach może dać powód do groźnych powikłań. I rzeczywiście obserwował B. ciężki przebieg z powodu powikłań u choréj z rozedmą płuc i u chorego po durze.

Albuminuryja lekkiego stopnia występowała często, w dwóch przypadkach z domieszką krwi w moczu. Jako objaw polegający na przekrwieniu jelit uważa B biegunkę, którą zauważał nawet w przypadkach, gdzie podejrzenia gruźlicy jelit nie było. Zajęcia gruźlicze krtani oddziaływają niemal tak silnie, jak liszaj; gruczoły limfatyczne oddziaływają tylko wyjątkowo. Wpływu środka Kocha na ilość i jakość prątków dostających się do plwocin B. nie zauważył. Również nie widział ustępowania objawów płucnych, a występowaniu i znikaniu rzężeń nie przypisuje autor żadnego znaczenia. Co się tyczy powstawania reakcyi połączonej z gorączką, to B jest zdania, że występuje ona tak u zdrowych jak i u gruźliczych, tylko w różnem natężeniu; jedynie w tych ostatnich może ilość i jakość powstałych produktów jest odmienną niż u zdrowych. *(Deutsche med. Wochenschrft,* Nr. 2).

Korach wyrażał się początkowo na posiedzeniu tow. lek. w Hamburgu o wartości środka Kocha w leczeniu gruźlicy płuc z wielkiem zastrzeżeniem, uważając zmiany fizykalne, ustępowanie potów nocnych itd. wobec zmienności właściwéj téj chorobie za niepewne objawy polepszenia. W ogłoszonym jednak dodatku do powyższego wykładu podaje K. wynik bardzo pomyślny. U choréj rozpoznano naciek gruźliczy w prawem płucu. Po 8 injekcyjach okazało się, że i płuco lewe, które dotąd uważano za normalne, jest zajęte, poczem stan ogólny począł się poprawiać, ciężar ciała wzrastał, kaszel ustawał. Odpowiednio do tego odgłos wypukowy w prawym szczycie wyjawniał, w miejsce oddechu oskrzelowego, zjawiał się z początku nieoznaczony, potem wdech stawał się pęcherzykowy zaostrzony, rzężenia znikły. Po 32 dalszych godzinach zajęcie lewego płuca tak dalece się poprawiło, że K. z uniesieniem wyraża się o skuteczności środka Kocha. Również jego wartości rozpoznawczéj przypisuje K. wielką wagę. (*Tamże.*)

Königshöfer i Maschke: Spostrzeżenia nad działaniem środka Kocha w chorobach ocznych.

Badania przedsiębrali autorowie w dwóch kierunkach: wstrzykiwali limfę Kocha w celach leczniczych w cierpieniach oka natury gruźliczéj i stosowali ją także w tych przypadkach chorób ocznych t. z. skrofulicznych, których pochodzenia nikt dotąd za gruźlicze nie uważał. U chorych wszystkich zresztą wszelkich innych sposobów leczenia autorowie zaniechali. W jednym przypadku *iritis serosa* po injekcyi 0·5 mg., która wywołała bardzo nieznaczną reakcyję ogólną, *erythema* na piersiach, ból w miejscu wstrzyknięcia przy braku gorączki, nastąpiło powiększenie pierwotnego nastrzykania rzęskowego, nieznaczne zaćmienie rogówki około przedtem wykazanych precypitatów. Ucisk śródoczny się nie powiększył. Po dalszych wstrzykiwaniach precypitaty znacznie się zmniejszyły i stały się przeźroczyste, męty w ciałku szklanem znikły, wzrok się poprawił (pierwotnie liczyła chora palce na $1\frac{1}{2}$ m.. obecnie na $2\frac{3}{4}$ m.). W dwóch innych przypadkach zapalenia tęczówki natury kiłowéj wstrzykiwania nie wywoływały reakcyi miejscowéj ani ogólnéj.

U chorego z cierpieniem powieki o nieznanéj przyczynie w 24 godzin po injekcyi $\frac{1}{2}$ mg. limfy wystąpiła reakcyja ogólna i miejscowa, a w 2 dni potem polepszenie zmiany miejscowéj było bardzo wyraźne.

Najwybitniejszym okazał się skutek leczniczy wobec zmian w rogówce, występujących na tle zołzów. Tu po ustąpieniu pierwszych objawów reakcyi miejscowéj objawiającéj się w silniejszem nastrzykaniu, większem zaćmieniu, wystąpieniu nowych pryszczyków w miejscach przedtem zdrowych, przychodziło do szybkiego oddzielenia się zajętych części rogówki, oczyszczania się wrzodów, a ubytki szybko zastępowała nowa tkanka. Uwagi godną jest jeszcze okoliczność, że we wszystkich przypadkach reakcyja w oku występowała dopiero w 24—36 godzin po wstrzyknięciu. (*Tamże.*)

Schreiber podaje jedno spostrzeżenie, tyczące się nieopisanego dotąd wpływu wstrzykiwań na rytm oddechania. Po 6 injekcyjach, które chora znosiła dobrze (pierwsze trzy od 1—3 mg. bez reakcyi), ilość oddechów wzmogła się z 18 na 34 na minutę, przyczem pierwsze 15 oddechów były szybkie i powierzchowne, 16 te i 17-te głębokie, koło 4 razy dłuższe od poprzednich, potem następowała pauza trwająca 4—5 sekund, po któréj oddechy szybkie i płytkie jak pierwsze. Oddech taki trwał $3\frac{1}{2}$ godzin, a po następnéj injekcyi objaw ten się nie powtórzył. (*Tamże.*)

W dyskusyi, która się toczyła w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie, podawał Fraenkel przebieg choroby u tych, których demonstrował w grudniu z. r. U wszystkich w liczbie 5 ciu stan jest bardzo pomyślny, szczególnie jednego chorego, dotkniętego gruźlicą krtani i płuc, uważa F. na razie za zupełnie wyleczonego. Jako potwierdzenie zdania Virchowa co do rozszerzania się sprawy gruźliczéj pod wpływem środka Kocha, uważać można przypadek przytoczony przez F., wprawdzie bez komentarzy, jednakże mówiący sam za siebie: Chory 25-letni, dotknięty gruźlicą płuc miernego nasilenia z zajęciem krtani, otrzymał pierwszą injekcyję 22 listopada. 10 grudnia pojawiły się na języku, dotychczas zupełnie prawidłowym, drobne owrzodzenia do aft podobne, kt re po upływie 8—10 dni przybrały cechę wrzodów gruźliczych. W wydzielinie, znajdującéj się na dnie owrzodzeń, znalazł F. liczne prątki gruźlicze. Szczególnie uwagi godnem jest wystąpienie na języku erupcyi prosówkowéj. (*W. m. Wochenschr.* Nr. 4.)

W tym samym duchu przemawia Baginsky, przedstawiając chorą dotkniętą gruźlicą błony śluzowéj nosa, u któréj stosowano przez 3 tygodnie wstrzykiwania środka Kocha, w końcu bez objawów reakcyi. Przed kilku dniami zjawiła się chora po raz wtóry, skarżąc się na bóle gardła, a badanie wykazało drobne szare guzki na lewym migdałku silnie zaczerwienionym. (*Tamże.*)

W nowym szeregu preparatów, które Virchow na potwierdzenie swojego pierwotnie wypowiedzianego zdania (p. Przegl. Lek. Nr. 3) przedstawił, znajduje się jeden, który zdanie to znacznie łagodzić może. U indywiduum gruźliczego, u którego nie stosowano środka Kocha, znajdowały się miejsca hepatyzowane podobne do tych, które V. na poprzedniem posiedzeniu opisał. Jeżeli zatem podobne objawy powstawać mogą i bez wstrzykiwań limfy Kocha, to należy dopiero zbadać, czy podobną formę zwątrobienia uważać należy za następstwo, czy też tylko za powikłanie tego sposobu leczenia. (*Tamże.*) *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Choroby wewnętrzne.

Dr. Kurlow: O uleczności gruźlicy płuc.

Kwestyja uleczności suchot oddawna była przedmiotem licznych badań i na podstawie wyniku niezliczonéj ilości sekcyj, w których znaleziono szczyty płuc zwapniałe lub w tkankę łączną zamienione, powszechnie przypuszczano, że przy odpowiednich, sprzyjających warunkach suchoty mogą być wyleczone. Pod tym względem zgadzają się obserwacyje Laënneca, Rogégo, Cruveilhiera, że bardzo często u osób zmarłych z przyczyny innych jakichś chorób a nie suchot przy sekcyi znajdują się zmiany w szczytach płuc, które świadczą o przebytéj sprawie gruźliczéj zupełnie wreszcie wygojonéj. Tak n. p. Rogée na 100 trupów starych kobiet zmarłych z innych niż suchoty chorób znalazł u 51 ogniska serowate lub zwapnienia w szczytach płuc. Takiż sam stosunek przytacza Dejerine. Bollinger w Monachijum, badając w tym kierunku 400 trupów, znalazł w 14 ograniczone i otorbione ogniska serowate lub zwapniałe, u 55 zgrubienie łączno-tkankowe, w okolicy których można jeszcze było wykazać pojedyncze gruzełki. Obrachowując to w procentach, widzimy, że z nich 27% przemawia za uleczności gruźlicy. Standacher z 1000 sekcyj trupów ogółem miał 213 sekcyj suchotników, a z pozostałych 787 znalazł w 202 czyli w 26% marskość szczytów, świadczącą o wyleczonéj sprawie gruźliczéj. A że pozostałości takie w szczytach nie są szkodliwe dla organizmu, wykazują prace doświadczalne Standachera i Dejerina, którzy marską tkanką ze szczytów poddawali badaniu na prątki gruźlicze i Standacher w 5 badanych przypadkach ani razu nie znalazł prątków, a Dejerine na 17 przypadków w 10, gdzie były ogniska zwapniałe, nie znalazł prątków, w pozostałych zaś 7 były bardzo skąpe i to tylko na granicy ognisk. Ci dwaj autorowie w 4 przypadkach cząstki zwapniałe z ognisk szczytowych wstrzykiwali królikom i otrzymali ujemny rezultat. Naturalnie, że kwestyję szkodliwości podobnych ognisk może tylko rozstrzygać wstrzykiwanie podskórne zwierzętom, ponieważ w tych razach kiedy się znajdą prątki gruźlicze w ogniskach zwapniałych nie można wiedzieć, czy one zachowały jeszcze swoją siłę żywotną, to jest, czy zdolne są do dalszego rozwoju, a w razach gdzie ich nie wykryto można przypuszczać obecność zarodników, których dotąd nie udało się nam odpowiednio zabarwić. Dejerine i Standacher robili na królikach doświadczenia, wstrzykując im części ze zwapniałych ognisk gruźliczych, ale w tych 4 przypadkach zwierzęta nie dostały gruźlicy, a w jednym z nich w miejscu wstrzyknięcia znaleziono ognisko serowate, ale prątków wykazać nie można było.

Dr. Kurlow doświadczenia swoje wykonywał w następujący sposób. Ogniska serowate poddawał mikroskopowemu badaniu, a znalazłszy w nich prątki, robił jeszcze skrawki z sąsiednich części i dopiero po takiem dokładnem zbadaniu wstrzykiwał do jamy brzusznéj cząstki z takich ognisk. Do doświadczeń używał jedynie świnek morskich jako najczulszych na jad gruźliczy. Ponieważ cząstki płuc były rozkrajane nieczystym nożem, używanym i do innych sekcyj, zdarzało się więc nieraz, że świnki ginęły na *sepsis* i dlatego zwykle szczepił odrazu 2 lub 4 świnkom, z których zawsze kilka przy życiu zostawało. Podejrzany kawałek płuca był obmywany wodą destylowaną sterylizowaną, następnie jeszcze sublimatem (1:200) i znowu wodą i dopiero dostawał się do sterylizowanéj epruwetki, skąd bezpośrednio przed szczepieniem wydostawano i brano z niego kawałeczek wielkości grochu. Po otworzeniu jamy brzusznéj z zachowaniem wszelkiéj antiseptyki kawałeczek ten wpuszczano do jamy brzusznéj i następnie zaszywano. Jeżeli świnki ulegały *sepsis*, to już na drugi dzień znać było na nich znaczne osłabienie i w kilka dni zdechały, inne zaś na drugi dzień nie okazywały już żadnych szczególnych zmian. Doświadczeń takich robił 25 z rozmaitych ognisk po części zwapniałych, w części zaś jeszcze świeżych nacieków lub też ognisk serowatych. I tak ze 6 świnek szczepionych cząstkami tkanki płuca zbliznowaciałéj, jako pozostałością po przebytéj sprawie gruźliczéj, ani jedna świnka nie uległa gruźlicy. Toż samo dotyczy 7 świnek, którym szczepił Dr. K. cząstki zwapniałe płuca. Przeciwnie zaś w przypadkach, gdzie szczepił cząstki z ognisk częścią serowatych, częścią tylko zwapniałych, z 26 świnek 20 uległo gruźlicy, 5 zdechło zaraz na *sepsis*, a jedna tylko pozostała zdrowa. Jeszcze dosadniejszy rezultat był u 14 świnek, którym szczepił cząstki ze szczytów płuc ze świeżemi gruzełkami lub serowatemi masami, z nich bowiem 11 uległo gruźlicy, a 3 zdechło na *sepsis*. Doświadczenia te jasno pokazują, że ogniska serowate lub nawet zwapniałe, tak makroskopowo jak i mikroskopowo zupełnie odgraniczone, nie są obojętne dla organizmu i dopóki one istnieją mogą zawsze dać powód do autoinfekcyi, czego nieraz dowody mamy też w spostrzeżeniach klinicznych, gdzie n. p. z jednego serowatego gruczołu rozwija się prosówka lub zwykła postać gruźlicy. Prof. Buhl w swoich *Berichte ü. Leichenöffnungen* podaje, że w 23 przypadkach *tuberculosis miliaris* znalazł w 21 ograniczone serowate ogniska. Toż samo twierdzi Virchow (*Geschwülste* Bd. II.), że rzadko kiedy bywa ostra gruźlica bez starych serowatych ognisk w organizmie. Nie mniéj pouczający jest wynik badania Billrotha i Menzla (*Langenbecks Archiv* Bd. XII.), którzy znaleźli, że w 2106 przypadkach miejscowéj gruźlicy kości w 1143 przypadkach nastąpiła śmierć przez następową gruźlicę płuc. Z tego wszystkiego wynika, że tylko te przypadki gruźlicy płuc należy uważać jako wyleczone, gdzie w miejscu poprzednio zajętem sprawą gruźliczą powstanie zbita tkanka bliznowata lub też zupełne zwapnienie nastąpi. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Choroby oczne.

O. Purtscher (Klagenfurt): O zastosowaniu kreoliny w leczeniu chorób ocznych.

Po zakropleniu jednoprocentowego rozczynu kreoliny do worka spojówkowego oka zdrowego, powstaje natychmiast silne palenie, zmuszające do ściskania powiek. Po upływie pół minuty można oko znowu otworzyć, występuje łzawienie, pieczenie nieco się zmniejsza i po 3—4 minutach ustępuje stan podrażnienia, pozostawiwszy mierne nastrzykanie spojówek. Jeżeli kreoliną mamy leczyć oko wrażliwe, dobrze jest 2—3 minuty przedtem zakroplić kokainę. Doświadczenia kreoliną przeprowadzono w następujących chorobach: 1. W zwykłem zapaleniu spojówek. Wynik niekiedy bardzo dobry, zwłaszcza w nieżytach, łączących się z silnem obrzmieniem i z zajęciem brzegu rogówkowego. 2. W zapaleniu pryszczykowem spojówki działa kreolina w połączeniu z kokainą wyśmienicie, zwłaszcza w przypadkach silnego światłowstrętu i zołzowatego kurczu powiek. 3. W brodawkowatych postaciach jaglicy był wynik najznakomitszym. P. nigdy nie widział tak szybkiego ustępowania wybujałości pod wpływem tuszowania, jak w świeżych przypadkach pod wpły-

wem wyłącznego leczenia kreoliną. Również osiągnięto wynik w przypadkach łuszczki, gdyż bystrość wzroku w krótkim czasie znacznie się polepszała. 4. W zapaleniu ropnem dróg łzowych w wielu przypadkach powstawało znaczne zmiejszenie wydzieliny. 5. W wszystkich postaciach zapalenia rogówki z tworzeniem się wrzodów. Wrzody silnym pokładem pokryte i głęboko drążące oczyszczały się tak szybko, jakto się tylko spostrzega po żelazie rozżarzonem. Także wrzody z nieznacznem hypopyon znosiły leczenie kreoliną, a ropa w przedniéj komórce znikała widocznie. 6. W miąższowem zapaleniu rogówki naczynia nowowytworzone znikały szybko i rogówka uderzająco szybko ulegała wyjaśnieniu. P. kończy uwagą, że kreolina posiada działanie wybitnie przeciwgnilne i wśród pewnych stosunków daje jéj pierwszeństwo przed sublimatem, a szczególną zaletą jéj jest jeszcze to, że nie jest trującą. (*Centrbltt. f. pr. Augenheilk.*). *Dr. Bf.*

Choroby weneryczne i skórne.

Prof. Schwimmer (Buda-Peszt): **Choroby skórne w przebiegu influenzy.**

Wiadomo, że influenza łączy się z chorobami innych narządów, jak płuc, opłucny, ucha, mózgu itd. i wywołuje najczęściéj zapalenia ropne. W narządach tych wszędzie można było wykazać *pneumococcus*, przez Weichselbauma i Boucharda za przyczynę influenzy uważany. Choroba ta epidemiczna łączy się jednak także z niektóremi chorobami skórnemi, nie można jednak było w miejscach chorobą na skórze zajętych wykazać tego drobnoustroju. Jest więc rzeczą prawdopodobną, że występowanie powikłań skórnych polega na czynności odruchowéj. W Peszcie widział autor jako powikłanie występujące: *herpes, erythema, urticaria*, wysypkę zdrową i *psoriasis*. Inni autorowie dołączają do tego jeszcze wybroczyny w skórze, jak *purpura haemorrhagica*. *Herpes* występował najczęściéj na wargach, także jako *h. iris* i *urcinatus*. *Erythema exsudativum multiforme* było najczęstsze i zajmowało prawie całe ciało. W jednym przypadku wystąpiło jako *e. scarlatiniforme*. Najciekawszem jest wystąpienie łuszczycy w 3 przypadkach u osób przedtem na tę chorobę nie cierpiących. Jeszcze w 6 tygodni po skończeniu się influenzy wysypka istniała, aczkolwiek po leczeniu chryzarobiną ładnie ustępowała. Szukanie bakteryj jako przyczyny tych powikłań skórnych nie prowadzi do celu. Zmiany te według autora stanowczo na tle angijoneurotycznem polegają tak samo, jak niektóre wysypki po zażyciu pewnych lekarstw lub potraw. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 39). *Dr. Mendelsburg.*

VI. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Dbały o ułatwienie przewozu pielgrzymów, pochodzących z Bośni i Hercogowiny, c. k. rząd austryjacki, wydał także odnośne postanowienia, którym przyznać trzeba istotną praktyczność. Nie ufając w skuteczności na okrętach przewozowych, wysłano do Dżeddy własny parostatek „Rieka". Ten zabrawszy pielgrzymów, pochodzących z Bośni, odbędzie z niemi kwarantanę w El-Thor. Ztąd uda się do Suezu, gdzie dr. Kłodzianowski, delegat austryjacki przy międzynarodowéj komisyi sanitarnéj w Aleksandryi podda pielgrzymów nowemu przeglądowi. Po czem parostatek „Rieka" uda się bezpośrednio do Tryjestu i po odbyciu 7-dniowéj kwarantany w przystani San-Bartolomeo, oczywiście z zastósowaniem desynfekcyi tak pielgrzymów, jak załogi i okrętu, otrzyma prawo swobodnego już komunikowania z lądem. Tak określone ostrożności pozwalają ufać, że pobożni mahometanie Bośniacy nie staną się powodem do przerzucenia się zarazy ku prowincyjom adryjatyckich wybrzeży.

W krótkim więc stosunkowo czasie ustąpią z prowincyi Hedżaz sprawcy tegorocznego tam wybuchu cholery. Udający się do Indyi i archipelagu malajskiego, prócz tytułu „Hadży" (pielgrzym) do miejsc świętych, pociągną z sobą i pierwiastki zakaźne, które nie zdołały przyswoić się na gruncie arabskim. Lecz niezaprzeczenie pozostawią tam sporo istót organicznych wsiąkniętych niejako w pulchną glebę okolic Mekki i Medyny, aby przy pierwszéj sposobności rozpocząć znowu przetrzebianie fanatycznych mas muzułmańskich i pobudzić rząd do przedsięwzięcia szczególnych środków ochronnych. Bo z odjazdem pielgrzymów, stan higijeniczny tak samych świętych miast Islamu, jak i ich okolicy wcale nie ulegnie polepszeniu. Gdy bowiem grozi niebezpieczeństwo, wszyscy, nie wyłączając nawet Cheryfa Mekki, usiłują je zażegnać. Z ustaniem jednak zarazy z ostatecznem pożegnaniem pielgrzymów i odejściem karawan, władza powróci do tradycyjnéj apatyi, a ogół tutejszy z całą właściwą mu nypokryzyją będzie obliczał zyski, otrzymane dzięki zaślepieniu niedawnych gości. Setki zaś z tych ostatnich, co padli jako ofiary zarazy i zostali pogrzebani w miałkich warstwach piasku, wytworzą tylko zaduchowe ogniska na tym olbrzymim cmentarzu, jakie tu zaznaczyło ich przejście.

A jednak każdorocznie kilka miesięcy dzieli chwilę odjazdu pielgrzymów z Mekki i Dżeddy od ponownego ich tu przybycia. Przy dobrych więc chęciach rządzców prowincyj, działających zwykle dość zgodnie ze wskazaniami komisyj sanitarnych, możnaby było zachęcić i samych mieszkańców do współudziału w zastosowaniu środków, dążących do polepszenia tu ogólnych warunków higijenicznych. Oczywiście, że poprawa ta mogłaby nastąpić tylko powolnie. Niemniéj jednak rezultaty jéj dałyby się odrazu ocenić. Z usunięciem bowiem zbiorników nieczystości przebiegających każdą ulicę, z zamknięciem dołów znajdujących się przed każdem domostwem, wrzucającem w nie wszystko co podlega usunięciu, z polepszeniem jakości wody przez sprowadzenie jéj ze źródła oddalonego o sześć kilometrów, a przez to samo i obniżenie jéj ceny, dochodzącéj do pięciu franków za tułum, zawierajacy około 70 litrów, rzuciłoby się pierwsze podstawy do przyszłych postępów higijenicznych w świętych miastach Islamu. Co zaś do cmentarzysk zwiększonych tu każdą pielgrzymką, to znany ich szkodliwy wpływ na ogólną zdrowotność w krajach północnych, w Arabii staje się jeszcze bardziéj wydatnym. Podobnie więc jak na pograniczu turecko-perskiem ustanowiono urzędników, czuwających nad przewozem trupów, tak również i w głównych miastach Hedżazu, należałoby utworzyć przy urzędach gminnych pewną liczbę dozorców cmentarnych, których zadaniem byłoby czuwanie nad grzebaniem zwłok podług przepisów policyi sanitarnéj, a nie podług muzułmańskiego rytuału! A to tem łatwiéj dałoby się przeprowadzić, gdy władze miejskie pobierają po 15 franków z każdego domu, na cel przeprowadzenia stósownéj kanalizacyi, utrzymania studni i cysteru w stanie czystości i czuwania nad rzeźniami, porozrzucanemi bezwładnie i będącemi prawdziwem ogniskiem gnilnych wyziewów. Wszystkim tym jednak życzeniom sprzeciwiają się dwie bardzo charakterystyczne przeszkody, które pospieszam zanotować. Pierwszą z nich jestto tradycyjne wschodnie niechlujstwo, nieustępujące przy najściślejszym nawet zastosowaniu pięciorazowych na dzień muzułmańskich ablucyj. Drugą zaś zakorzenione przekonanie, że choroby zakaźne, jakkolwiek częste w Hedżaz, to jednak nie proliferujące tu zbytecznie? I jak wybuch ich bywa gwałtowny, tak też i ustąpienie dość szybkie. Że zaś z ogromnéj liczby pielgrzymów padnie tu kilka setek, to i to bywa uważane przez tutejszych teologów za dowód większej czci wschodniego proroka i wszystko pozostaje po dawnemu. Tak, że pomimo niezaprzeczenie wytrwałych usiłowań tak komisyj sanitarnych międzynarodowych, jak i odnośnych zarządów służby zdrowia, długo jeszcze potrzeba będzie czekać na możność potwierdzenia, że święte miasta Islamu posiadają znośną wodę do picia i że choć w części pozbyły się otaczających je gnojowisk.

Pozostawmy więc na teraz muzułmańskich pielgrzymów siłą ostrożności sanitarnych zatrzymanych w lazaretach Kameranu i El-Thor i z nad wybrzeży morza Czerwonego przenieśmy naszą uwagę na okolicę porzecza Tygru. Szerząca się tam obecnie cholera z cechą bardzo widocznego rozwle-

kania się ku północy, zaprzeczyła wypowiedzianemu w roku przeszłym przypuszczeniu, że zaraza dosięgnąwszy do bram Mossulu, na téj miejscowości zakończy swe żniwo. Ten rodzaj zaufania w pośrednictwo samego ustroju geologicznego okolic południowego Kurdystanu, wydatna różnica warunków klimatycznych, nieporównanie pomyślniejszych po tamtéj stronie górskiego pasma Massis, aniżeli na pograniczu pustyni syryjskiéj, w istocie mogły rozbudzić nadzieję, że zaraza zatrzyma swój postęp przy 36° sz. północnéj. Zwinięto więc posterunki sanitarne przeszłoroczne i pewna otucha wstąpiła w przetrzebioną ludność, mianowicie po zauważeniu powrotu prawidłowszego stanu zdrowotnego.

Wszystko to jednak zawiodło. W drugiéj bowiem połowie tegorocznéj wiosny, parę przypadków cholery zostało potwierdzonych najprzód wpośród gromady Arabów beduinów, koczujących w pobliżu Mossulu, a następnie i w tem ostatniem mieście, bez możności jednak wykazania charakteru przerzutowego zarazy, czy też powstania jéj wskutek przyczyn miejscowych. Zatrwożona ludność wpadła w tak cechującą obojętność, że nie ruszając się z miejscowości uważanéj za oblężoną przez zarazę, poddała się zrządzeniom fatalizmu, przyjmowanemu tu za istotny czynnik w każdéj okoliczności. Łagodność patologicznych objawów zarazy, przebieg jéj nieco powolniejszy od zwykłego, mniejsza śmiertelność i częstsze przypadki powrotu do zdrowia cechowały cholerę w Mossulu i były uważane przez samych mieszkańców jako rodzaj wynagrodzenia za tak decydujące poddanie się silnie pogorszonym warunkom zdrowotnym. W istocie też zaraza trwała tu stosunkowo krótko, bo tylko do połowy maja i z nastaniem silniejszych upałów można ją było uważać za wygasłą w stolicy prowincyi.

Z nastaniem jednak pomyślniejszych warunków zdrowotnych w samym Mossulu z polepszeniem się jakości wody w Tygrze przez napływ wezbranych rozstopem śniegów kurdystańskich rzek i górskich strumieni, nagle i w sposób prawdziwie zdumiewający zaraza ukazuje się w północno-zachodniéj okolicy i wybucha w punktach zwanych Amadyja, Zacho i Dank, położonych na lewem porzeczu Tygru w malowniczych górskich dolinach, zasobnych w zarosty leśne i gdzie dotąd podług zapewnień mieszkańców, choroby zakaźne szerszego epidemijologicznego zakresu były prawie nieznane. Mieszkańcy téj okolicy, osiadłe plemiona kurdzkie, mahometanie i chrześcijanie, dzięki wpływowi misyjonarzy francuskich, słyną jako pracowici, zamożni i dbali o czystość i porządek w swych osadach. Wyżéj też wspomniane wioski, posiadają porządne i wygodne zabudowania.

Największa z nich Amadyja ze starym zameczkiem jakiegoś kurdystańskiego feudała, rozsiadła na szczycie wyniosłego wzgórza, którego skłony pokrywają winnice, a całe podnóże otacza piękny las dębowy, oddawna jest tu cenionym punktem, do którego udają się mussulioci, potrzebujący zmiany powietrza. Gdy jeszcze dodam, że w czasie trwania ostatniéj cholery w Mossulu, stosunek miasta z okolicą był prawie przerwany, dojdziemy do przypuszczenia, że przyczynę wybuchu zarazy należy tam przypisać przerzuceniu się i przetrwaniu pierwiastków zakaźnych jeszcze z epidemii roku przeszłego, lub też przypuścić jako prawdopodobny wpływ warunków czysto miejscowych. Do przyjęcia pierwszego z tych powodów skłania mnie jeszcze i ta okoliczność, że w roku przeszłym żadne środki ostrożności sanitarnych nie zmuszały mieszkańców zakażonych okolic do trzymania się swych zagród. Przy pozostawionéj więc swobodzie przenoszenia się z miejsca na miejsce, a głównie szukania schronień w górskich dolinach przed zarazą prześladującą od południa, można przypuścić przerzut jéj do okolic dotąd nie dotkniętych, jużto przez pojedynczych podróżnych już też za pośrednictwem karawan, używanych tu do przewozu towarów i produktów gospodarstwa wiejskiego. Etyjologija zaś wpływów miejscowych na wybuch cholery w okolicach porzecza Tygru da się jeszcze oprzeć i na fakcie istnienia zapaleń i ostrych nieżytów jelit, które szerząc się pośród mieszkańców wyżéj wymienionych okolic, nieleczone oczywiście i zaniedbane, przygotowały niejako do wyklucia się pierwiastków zakaźnych, daleko groźniejszych w swych następstwach. O ile zaś cholera okazała się łagodną w Mossulu, o tyle znowu w pobliskich okolicach, tak same jéj przypadki, jak pośpiech i kierunek szerzenia się przy gwałtownych przeszkodach, okazywały niezwykłą energiję.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 stycznia. N. Pan nadał prezesowi Akademii Umiejętności w Krakowie Drowi Józefowi Majerowi godność tajnego radcy z uwolnieniem od taksy.

Najwyższa godność, jaka w państwie austro-węgierskiem udzielaną bywa mężom zasłużonym, dostała się tym razem w udziale Mężowi, który pod każdym względem jest chlubą naszą. Józef Majer może z dumą szlachetną stósować do siebie pamiętne słowa wielkiego hetmana naszego: jak tamten urósł on nie z soli, ani z roli, tylko z tego co boli. — Znane są we wszystkich dzielnicach ojczyzny naszéj zasługi jego, które położył jako profesor, rektor, prezes Towarzystwa naukowego a następnie jako prezes Akademii nauk. Podtrzymywał on tradycyję narodową w czasach ciężkich a jak sternik burzą srogą nie skołatany doprowadził nawę do portu i doczekał się lepszych czasów, nie zwątpiwszy o przyszłości. A gdy po tylu zaszczytach na schyłku pracowitego i dla kraju wylanego żywota z łaski wspaniałomyślnego Monarchy doczekał się tego nowego uznania, tyle zaszczytnego nietylko dla niego samego, ale i dla nauki polskiéj, kraj cały, a przedewszystkiem lekarze krajowi, którzy prawie wszyscy z dumą zaliczają się do jego uczniów, z niekłamaną radością składają mu serdeczne życzenia, które niezadługo wyrażą mu ponownie z powodu nadchodzącego 60 letniego jubileuszu doktorskiego. Oby czcigodny Nestor nasz długo jeszcze cieszył się bogatym plonem pracowitego żywota swego, oby długo jeszcze przyświecał młodszym pokoleniom jako świetny wzór i dowód, że prawdziwa zasługa i nieznużona praca i w naszych czasach uznania doczekać się mogą.

* Na posiedzeniu odbytem w d. 23 stycznia Wydział lekarski U. J. wyznaczył komisyję, złożoną z proff. Blumenstoka, Browicza i Cybulskiego, którzy razem z delegowanymi przez Wydział filozoficzny członkami proff. Czernym, Sokołowskim i Wierzejskim mają zastanowić się nad kosztami urządzenia Muzeum antropologicznego. W sprawie założenia Wydziału lek. we Lwowie imieniem komisyi zdawał sprawę prof. Rydygier.

Od komitetu VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Komitet gospodarczy VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości tematy, które w sekcyjach medycyny teoretycznéj, medycyny wewnętrznéj, ginekologicznéj, okulistycznéj, medycyny sądowéj i chirurgicznéj mają być przedmiotem obrad na posiedzeniach tychże sekcyj, a mianowicie:

A) W sekcyi medycyny teoretycznéj:

1. O zatruciach ustroju, wywołanych przez zasady organiczne zwierzęce, ptomainy i leukomainy. (Referent Dr. Pruszyński z Warszawy, Dr. Opieński z Krakowa).

2. Hypnotyzm u zwierząt w zestawieniu i porównaniu z hypnotyzmem u ludzi. (Referent Dr. E. Biernacki z Warszawy, prof. N. Cybulski z Krakowa).

B) W sekcyi medycyny wewnętrznéj:

1. O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na leczenie tych chorób.

2. O mięszanem zakażeniu (*Mischinfection*).

3. Czy w krztuśćcu skuteczniejsze jest leczenie miejscowe czy też wewnętrzne.

4. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii z wynikami intubacyi krtani metodą O'Dwyera.

5. O leczeniu klimatem swojskim (*Climatotherapia nostras*).

C) W sekcyi ginekologicznéj:

1. Postępowanie w przypadkach nieustających wymiotów (*Hyperemesis gravidarum*).

2. Postępowanie wobec włókniaków macicy (*fibromyomata uteri).*

3. Postępowanie w przypadkach niestosunku porodowego wyższego stopnia.

D) W sekcyi okulistycznéj:

1. Przyczyny i leczenie oderwania siatkówki. Ref. Dr. Wicherkiewicz z Poznania.

2. Antyseptyka w okulistyce. Ref. Dr. Ziemiński z Warszawy.

3. O leczeniu jaglicy. Ref. Dr. Sroczyński z Krakowa.

E) W sekcyi medycyny sądowéj:

O wynikach badań mikroskopijnych rowków szyjnych u powieszonych i zagardlonych, oraz wartości praktycznéj tychże badań pod względem sądowo-lekarskim z przedstawieniem preparatów mikroskopijnych. Ref. Dr. Obtułowicz z Buczacza.

F) W sekcyi chirurgicznéj:

1. O narkozie chloroformowéj i środkach znieczulających.

2. O leczeniu grużlicy miejscowéj.

O powtórzenie téj wiadomości uprasza się wszystkie pisma lekarskie polskie.

IV. Zjazd lekarzy rosyjskich ku uczczeniu pamięci Pirogowa.

Dnia (3) 15 stycznia został otwarty IV. zjazd lekarzy rosyjskich w Moskwie, w którym do (8) 20 b. m. wzięło udział 1358 członków. Zebrani obradowali w 12 sekcyjach, z których szczególnie zasługuje na uwagę sekcyja XII., w któréj miano się zajmować sprawami dotyczącemi bytu lekarzy.

Pierwsze posiedzenie, które się odbyło dnia 15 (3) stycznia w sali klubu szlachty rosyjskiéj w Moskwie zagaił Prof. Sklifossowski przemówieniem, w którem wskazał na doniosłe znaczenie zjazdów dla Rosyi, dla rozwoju stanu lekarskiego i dla współdziałania naukowego lekarzy praktycznych i Uniwersytetów. Następnie poświęcił słów kilka nowemu wynalazkowi Kocha, w których zaznaczył, że okrywanie tajemnicą tego środka przeciwgruźliczego sprzeciwia się wprost moralnym zasadom, obowiązującym stan lekarski.

Przewodniczącym został obrany Dr. Sutugin, a sekretarzem Prof. Danilewski z Charkowa.

Pierwszy głos zabrał Prof. Erismann w historyi „Walki ze śmiercią“ i w przemówieniu swojem główny nacisk położył na potrzebę ścisłego przestrzegania warunków higijenicznych wśród całego społeczeństwa. Dla zapobieżenia śmiertelności jako złemu, które dotyczy całego ogółu, nie wystarczają zabiegi indywidualne, tu potrzeba pewnéj organizacyi, obejmującéj całe społeczeństwo, a prowadzącéj do poprawy stosunków higijenicznych. Prof. Danilewski mówił: o „Hypnotyzmie u ludzi i zwierząt“. Na drugi dzień rozpoczęły się obrady sekcyj. Limfa Kocha była przedmiotem obrad tak ze strony chirurgów, jakoteż terapeutów i patologów. Pozytywnych jednak faktów podano mało, a to z tego powodu, że po pierwsze liczba doświadczeń była niedostateczną, a powtóre, że czas leczenia był za krótki. Wogóle jednak opinija członków zjazdu o szczepiance Kocha była nie najlepszą, zwłaszcza gdy Prof. Sklifossowski przytoczył jeden przypadek śmierci (na własnéj klinice) po wstrzyknięciu limfy, mimo, że z drugiéj znowu strony inni mowcy a między nimi Prof. Czyrjew z Moskwy przedstawiali pomyślne kliniczne doświadczenia z tym środkiem.

* Z „Gazety Rzeszowskiej“ (Nr. 1. z dnia 25 styczznia) otrzymujemy następującą wiadomość o dentystyce w Rzeszowie:

„Naraz w Rzeszowie, pisze gazeta, mamy aż dwóch czy trzech dentystów, którzy dużymi afiszami ogłaszają *urbi et orbi*, że po długoletniéj nauce i praktyce w Londynie, Paryżu i Berlinie, a szkoda że i nie w Pacanowie — osiedli w Rzeszowie, by swymi wyrobami dentystycznymi uzbrajać bezzębne szczęki, a względnie w sposób mniej lub więcéj bolesny uzębione pozbawiać zębów. Nie wiemy tylko, czy walczący afiszami o prym ze sobą „technicy dentystyczni“ są upoważnieni do wykonywania takich operacyj i czynności, jakie tam na afiszach wymieniają. Okólnik ministerstwa spraw wewnętrznych wyraźnie powiada, że tylko sporządzanie sztucznych zębów i szczęki jest wolnem prawem zarobkowania. Wykonawcom takich zębów, jeżeli nie są lekarzami, zabronioną jest każda operacyja, jakoteż montowanie (plombowanie) i wstawianie zębów. Rozporządzenie to oddaje cały zakres dentystyki w ręce lekarzy a tylko *per nefas* przywłaszczają sobie wykonywanie takowéj różni technicy, którym w celach leczniczych do jamy ustnéj nawet zaglądać nie wolno, a tem mniéj leczeniem się zębów zajmować i operacyje dentystyczne wykonwać. Jestto po części winą lekarzy samych, że nie przestrzegają praw swoich, a po części i niewiadomość publiczności, że oddaje się w ręce niepowołane. Ufamy, że kompetentna władza, troskliwa o bezpieczeństwo ogółu, wskaże technikom dentystycznym granice, których nielekarzowi przekraczać nie wolno, a pouczy każdego, że prócz wyrabiania zębów i szczęk, bez kierownictwa i wskazówek lekarskich niczego więcéj mu wykonywać nie wolno. Publiczność nie będzie miała wówczas powodu uskarżać się na łamanie zębów i nadwyrężanie szczęk przy ekstrakcyjach się wydarzające, oraz na daremne wydatki z powodu niestosownego plombowania, bo lekarze dadzą jéj umiejętną pracę i rękojmię pewniejszą.“

(o) Jako ostrzeżenie dla lekarzy, jak niesłychanie ważną jest desinfekcyja rąk przy badaniu, choćby ze względów czysto egoistycznych, niech posłuży okoliczność, że Dr. Symonds w praktyce swéj miał 5 przypadków wrzodu kiłowego pierwotnego na drugim palcu prawéj ręki; wszystkie u lekarzy zajmujących się praktyką położniczą.

(o) W Odessie skazał lekarza Dra G. sąd okręgowy na 5 dni aresztu za to, że nie chciał udzielić pomocy lekarskiéj ubogiéj rodzącéj, żądając wynagrodzenia z gory. Rodząca ta umarła w szpitalu z następstw braku wcześniejszéj pomocy.

* W tygodniu 2-gim (11—17 stycznia) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 54, skonów 61 (42·56), z tych z zapalenia płuc 12, z gruźlicy 10, z dławicy i błonicy 3, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Renvers, asystent kliniki lek. otrzymał tytuł profesora. — **Lipsk.** Docenci Schröter i Sänger mianowani profesorami nadzw. — **Petersburg.** Dr. Sczelcow habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj.

* **Wiadomości osobiste.** Prof. anatomii w Charkowie Dr. Wagner został wyniesiony do godności radcy stanu. — Gubernijalny zarząd miasta Woroneż przeznaczył 125,000 rubli na urządzenie zakładu dla obłąkanych.

* **Wiedeń.** Otwarty tu został nowy szpital, przeznaczony dla młodzieży akademickiéj, a zbudowany przez stowarzyszenie akademickie. Szpital ten mieści w sobie 37 łóżek a przełożonym jego jest Dr. Raetenbacher.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł w 71 roku życia Dr. Henryk Obersteiner, ojciec profesora psychijatryi, b. lekarz przyboczny cesarza Maksymilijana i wspólnie ze zmarłym prof. Seidendorfem przez długi czas kierownik zakładu dla chorych umysłowych w Döblingu. — Były Prof. medycyny wewn. w wojskowo-lekarskiéj Akademii Dr. Dimitr Koszłaków zmarł w 57 r. życia. — W Paryżu zmarł w 82 r. życia słynny lekarz obłąkanych J. Baillarger jeden z wybitniejszych uczniów Esquirola.

Rosyja. Świeżo obchodzono 2 jubileusze — prof. Karawajew w Kijowie i Dr. Czeczot w Petersburgu. 1-szy obchodził 50-letni jubileusz służby profesorskiéj (anomalija w dzisiejszych czasach!). Rząd podniósł go do godności rz. tajnego radcy, a deputacyja uczniów i kolegów ofiarowała jubilatowi adres upiększony winietką, w któréj pomieszczono 4 akwarele, przedstawiające 4 ważniejsze operacyje, w których celował prof. K., adres ten „pierwszemu dziekanowi lek. wydz. kij. uniw.“, włożony był w futerał dębowy, na którego drzwiczkach wycięto lata 1840 i 1890. — Dr. Czeczot, petersb. psychijatra i neuropatolog, obchodził 25-letni jubileusz swéj służby w szpitalu św. Mikołaja, gdzie jest już 10 lat naczelnym lekarzem; koledzy ofiarowali jubilatowi srebrny kałamarz, z wyrytemi imionami ofiarodawców, nie obeszło się i bez tradycyjnych bukietów. — Musimy wspomnieć o nowym ofiarodawcy, małoruskim bogaczu: p. Tereszczenko złożył w kijowskiéj dumie 75,000 rs. na urządzenie szpitala dla wyrobników. — Donoszę Wam o tragicznéj śmierci słynnego petersb. chirurga, Dra Reyera w d. 13 stycznia: na polowaniu zdrzemnął się, obudziwszy się trącił fuzyją, nastąpił wystrzał, przyczem kula przez podbródek weszła do czaszki. — Prof. Sklifossowski świeżo został mianowany tajnym radcą, a neuropatolog mosk. prof. Kożewnikow udekorowany orderem św. Anny I-éj klasy. — Konferen-

cyja, woj. med. akademii 2 razy odrzucała propozycyję przyjęcia udziału w doświadczeniach leczenia sposobem Kocha, zostawiając to do woli swym członkom, jako osobom prywatnym.

Dr J. T.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 3: Ś. p. Wiktor Szokalki; M. Arnsteina: Przyczynek do leczenia gruźlicy metodą Kocha; — Wykład Prof. Dra Jakscha.

Redakcyja otrzymała:

Prof. CYBULSKI: O ucisku mózgu. Kraków, 1891 (osobne odb. z *Pamięt. I. Zjazdu Chirurgów Polskich*). Tenże: Mierocalorimètre, nouvel appareil. Extrait du bulletin de l'Acad. des sciences de Cracovie 1891. — Dr. HARAJEWICZA: O leczeniu gimnastycznem chorób niewieścich sposobem Thure-Brandta. Kraków, 1891. — Jana SEDZIAKA: W kwestyi rozpoznawania oraz leczenia tak zw. Wyrośli adenoidalnych (odbitka z *Gaz. Lek.*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej kliniki lekarskiéj we Środę dnia 4 go lutego o godzinie 6 téj po południu. Porządek dzienny: 1) kol. Gabryszewski: O ranach postrzałowych (z demonstracyjami). 2) kol. Wilkosz: wykład zapowiedziany na poprzedniem posiedzeniu. 3) kol Surzycki: O nowych lekach nasennych.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego krak.** odbędzie się dnia 3-go lutego b. r. w pracowni prof. Marsa o godzinie 6-téj wieczorem. Porządek dzienny: 1) kol. Braun wygłosi odczyt pod tytułem: „O rozmiękczeniu kości (*osteomalacia*) u rodzących i leczeniu tejże przez wycięcie jajników po dokonanem cięciu cesarskiem zachowawczem“.

We Środę dnia 4 go lutego o godz. 5 popoł. (a więc przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) odbędzie się w sali wykładowéj kliniki lekarskiéi XV-te zwyczajne Zgromadzenie ogólne *Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich*, na które Szanownych Członków i Prenumeratorów uprzejmie zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.